Rok XXXVII. Kraków 29. Stycznia 1898. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób dróg moczowych Prof. Guyona w Paryżu.

Wpływ zabiegów, wykonywanych w zakresie narządu płciowego zewnętrznego, na gruczoł krokowy u zwierząt

podali

Prof. Dr. Albarran i Dr. Bolesław Motz.

Pomimo pokaźnej liczby prac doświadczalnych i badań klinicznych, niepodobna do dziś dnia, na podstawie ścisłych porównań, ocenić dokładnie wartości rozmaitych zabiegów na narządzie płciowym zewnętrznym, zalecanych w celu wywołania zaniku gruczołu krokowego.

Według naszych badań zdaje się, że wycięcie przewodu nasiennego jest metodą niepewną i zawodną; natomiast zachęcająco wypadły doświadczenia z nowym, przez nas obmyślonym zabiegiem, który postawilibyśmy prawie na równi z wytrzebieniem, a który jeden z nas już raz zastósował u człowieka; zabiegiem tym jest wycięcie naczyń i nerwów sznurka nasiennego (angioneurectomia funic. spermat.)

Doświadczenia nasze, ciągnące się już półtrzecia roku, przedstawiają się w streszczeniu następująco:

I. Obustronne wytrzebienie.

Konie. Badając drobnowidowo prawidłowy gruczoł krokowy u ogierów różnego wieku, stwierdziliśmy, że u starych zwierząt tkanka podścieliskowa jest stosunkowo obfitszą, niż u młodych; nadto przestrzenie gruczołowe są u starych zwierząt znacznie rozszerzone i wysłane nizkim przybłonkiem wałeczkowatym. U wałachów, nawet w kilkanaście lat po wytrzebieniu, nie zanika całkowicie właściwa tkanka gruczołowa, wbrew temu, co przypuszczano dotąd W niektórych częściach gruczołu krokowego zapadają się wówczas cewki i rozgałęzienia końcowe gruczołów, przybierając wejrzenie zarodkowe (embryonalne); w innych zaś częściach zmiany zanikowe dochodzą aż do zatracenia się prawidłowych drzewkowatych rozgałęzień gruczołowych, przyczem pozostające jeszcze przestrzenie gruczołowe stają się szersze i wysłane są nizkim przybłonkiem. W ogóle więc u wałachów zanik części gruczołowej utkania jest wprawdzie znaczny i niewątpliwie istnieje, nie dochodzi jednak nigdy do zupełnego zniknięcia tkanki gruczołowej, której część zawsze pozostaje.

Bydło rogate. Porównując gruczoł krokowy buhaja z gruczołem krokowym wołu, nie dostrzega się gołem okiem wybitniejszych różnic, wyjąwszy jedynie rozmiary, które u wołu często są mniejsze, niż u buhaja. Natomiast pod drobnowidem stwierdza się, że zanik przestrzeni gruczołowych u wołu, podobnie jak u wałacha, jest znaczny i że również istnieją zmiany w podścielisku, ponieważ zawiera ono u wołu mniej włókien mięsnych, a więcej tkanki łącznej, niż u buchaja.

Psy. Dwa lata temu wykazywaliśmy, na Zjeździe chirurgów francuskich, że wnioski, wysnute z doświadczeń na psach a opierane wyłącznie na badaniach wagi gruczołu krokowego, są bez wartości, ponieważ ciężar gruczołu krokowego w porównaniu do ciężaru ciała tych zwierząt, jest nadzwyczaj zmienny. Trzeba dodać, że i badania drobnowidowe są w tych razach bez wartości, jeżeli się nie bierze w rachubę wieku zwierzęcia, użytego do doświadczeń. Niema nic podobniejszego do zanikłego gruczołu krokowego, jak gruczoł krokowy, pochodzący z młodego zwierzęcia. U prawidłowych psów można rozróżnić dwa rodzaje budowy gruczołu krokowego. Jeden z nich właściwym jest dla zwierząt młodych, i znamionuje się tem, że tkanka gruczołowa jest stosunkowo rzadką, i że znaczna część rozgałęzień gruczołowych, wypełnionych szczelnie komórkami przybłonkowemi, nie posiada w środku wcale światła; jednakże zawsze spotyka się obok ego pewną ilość gruczołów, prawidłowo i całkowicie rozwiniętych. Drugi rodzaj budowy jest znamiennym dla zwierząt dorosłych; w podścielisku, złożonem z mięśni i tkanki łącznej, znajdują się tu gruczoły całkowicie rozwinięte, wysłane przybłonkiem wałeczkowatym.

Doświadczenia na psach.

1) *Obustronne wytrzebienie* wykonaliśmy u 4 psów; gruczoł krokowy tych zwierząt badano w 2 do $5\frac{1}{2}$ miesięcy po zabiegu. U wszystkich psów operowanych stwierdziliśmy ogólny i szybki zanik gruczołów gruczołu krokowego, rozwijający się w ten sposób, jak to opisaliśmy przed dwoma laty. Ponieważ występowanie zaniku gruczołu krokowego, po wytrzebieniu u psów, jest rzeczą dowiedzioną, przeto niema potrzeby dłużej się nad tem zastanawiać.

2) *Usunięcie jednego jądra* zastósowaliśmy u 5 psów dorosłych. U 2 zwierząt, u jednego po 2, u drugiego po $3\frac{1}{2}$ miesiącach, nie zauważyliśmy ani gołem okiem, ani pod drobnowidem żadnych zmian w gruczole krokowym. U 3 innych psów w 3 i $3\frac{1}{2}$ miesiące po zabiegu stwierdziliśmy: raz wyraźną nieumiarowość obu połów gruczołu krokowego, raz bardzo nieznaczną różnicę wielkości obu połów, a raz nie znaleźliśmy żadnych różnic. Pod drobnowidem spostrzegaliśmy we wszystkich 3 przypadkach mniej lub więcej wyraźny zanik tkanki gruczołowej; był on jednak znacznie mniejszy od tego, jaki zauważyliśmy po obustronnem wytrzebieniu. Cechą tego zaniku jest to, że obejmuje on wszystkie części gruczołu krokowego jednostajnie, zaledwo nieco silniej zaznaczając się w środkowych, przycewkowych odcinkach tego narządu; dopiero przy bardzo dokładnem badaniu dochodzi się do wniosku, że zanik jest nieco wyraźniejszym w tej połowie gruczołu krokowego, która leży po stronie, pozbawionej jądra.

3) *Obustronne wycięcie przewodów nasiennych.* (Resectio vas defer.). Zabiegu tego użyliśmy 9 razy. U jednego psa po 3 dniach, u drugiego po miesiącu, nie było ani śladu zaniku w gruczole krokowym. Gruczoły innych 7 zwierząt badaliśmy w 3 do 4 miesięcy po zabiegu, przyczem stwierdziliśmy: raz, brak wszelkich zmian; raz zanik, dotyczący większości rozgałęzień gruczołowych; raz, zanik rozsiany, obejmujący mniejwięcej połowę wszystkich gruczołów; cztery razy zaledwo ślady zaniku, zaznaczonego w niewielu tylko zakończeniach gruczołowych.

4) *Wycięcie jednego przewodu nasiennego.* U 2 psów, w ten sposób operowanych, nie znaleźliśmy po 3 miesiącach żadnych zmian w gruczole krokowym.

5) *Wstrzykiwania wśródjądrowe.* U 6 psów próbowaliśmy, zapomocą wstrzykiwania drażniących płynów w miąższ jąder, wywołać zanik tych narządów. Raz, używszy chlorku cynkowego, znaleźliśmy, w półtrzecia miesiąca po zabiegu, niezupełny zanik jąder i lekki zanik gruczołu krokowego U 5 innych psów wstrzykiwaliśmy śródmiąższowo nalewkę jodową; u wszystkich tych zwierząt zanik gruczołu krokowego był tem znaczniejszy, im większy był zanik jąder. U 2 psów, u których jądra zupełnie zanikły, stwierdziliśmy ogólny i całkowity zanik gruczołów gruczołu krokowego.

6) *Obustronne wycięcie nerwów i naczyń sznurka nasiennego.* (Angioneurectomia funiculi spermatici). Nazwą tą oznaczamy zabieg, pole-

gający na wycięciu pomiędzy dwoma podwiązkami, niewielkiego kawałka wszystkich nerwów i naczyń sznurka nasiennego, prócz tętnicy (arteria deferentialis), oraz towarzyszących jej jednej lub dwóch żyłek i z oszczędzeniem przewodu nasiennego. (Vas deferens).

Po zabiegu tym nastąpił u 2 psów w 3 miesiące zupełny zanik jąder; gruczoł krokowy również zupełnie zanikł. U trzeciego psa, u którego wykonaliśmy nasz zabieg tylko po jednej stronie, zdołaliśmy wywołać bardzo rozległy i znaczny zanik gruczołów gruczołu krokowego, jednakże niektóre rozgałęzienia gruczołowe zachowały jeszcze światło, jakkolwiek przybłonek ich uległ był zwyrodnieniu.

Przeglądając wyniki wszystkich tych doświadczeń, widzimy przedewszystkiem, że zanik gruczołu krokowego związany jest ściśle i bezpośrednio z usunięciem lub zanikiem jąder. Najznaczniejszy, najzupełniejszy zanik gruczołu krokowego wywoływaliśmy bowiem przez obustronne wycięcie nerwów i naczyń sznurka nasiennego. Stosując zaś wytrzebienie po jednej stronie, lub wywołując zanik jednego jądra, stwierdza się zmiany zanikowe gruczołu krokowego, wprawdzie nieco wyraźniejsze po tej stronie, po której operowano, ale rozciągające się także na drugą połowę gruczołu krokowego. Skutki wywołane w gruczole krokowym przez zabiegi na jednem tylko jądrze, zaznaczają się mniej wybitnie, niż skutki zabiegów obustronnych, w niektórych zaś przypadkach zabiegi jednostronne są zupełnie bezskuteczne.

Stosunkowo najlepsze wyniki po wytrzebieniu i wycięciu nerwów i naczyń sznurka nasiennego (angioneurektomii) otrzymaliśmy jeszcze zapomocą śródmiąższowych wstrzykiwań do jąder; tu także zanik gruczołu krokowego zależy ściśle i bezpośrednio od zaniku jąder.

Wycięcie jednego przewodu nasiennego nie sprowadziło żadnych zmian, dostrzegalnych gołem okiem, ani w gruczole krokowym, ani w jądrze. Obustronne wycięcie przewodów nasiennych w niektórych przypadkach nie wywarło żadnego wpływu na gruczoł krokowy; w innych zaś razach pojawił się wprawdzie po tym zabiegu zanik gruczołu, lecz bez porównania mniejszy, niż po innych operacyach.

Opierając się na tych danych sądzimy, że obustronne wycięcie przewodów nasiennych działa jedynie bardzo słabo i bardzo niestale na składniki gruczołowe gruczołu krokowego. Sprzeczność wyników doświadczalnych, zachodząca pod tym względem między nami a innymi badaczami, n. p. Pavonem, tłómaczyć sobie należy w ten sposób, że badacze ci zbyt mało brali w rachubę różnice budowy gruczołu krokowego, istniejące u psów różnego wieku; mianowicie, uważali oni za zanikłe te gruczoły krokowe, które jeszcze nie doszły szczytu swego rozwoju. Należy zresztą zważyć, że, wycinając wraz z przewodem nasiennym mniejszą lub większą część towarzyszących mu naczyń i nerwów, można wywołać zanik jąder a w następstwie, zanik gruczołu krokowego.

Obecnie pragnęlibyśmy zwrócić szczególną uwagę na podany przez nas zabieg, tj. wycięcie naczyń i nerwów sznura nasiennego (angioneurectomia). Wyniki naszych doświadczeń w tym kierunku zgadzają się najzupełniej z wynikami Przewalskiego i Alessandriego, którzy, między innymi, wywoływali zanik gruczołu krokowego także przez przecięcie naczyń i nerwów obu sznurów nasiennych. Sądzimy, że u człowieka można będzie otrzymać wyniki, podobne do wyników naszych doświadczeń. Opierając się właśnie na tych doświadczalnych wynikach, zalecilibyśmy obustronne wycięcie nerwów i naczyń sznurka nasiennego (angioneurectomia fun. sp.) jako środek leczniczy w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, nadmieniając, że jeden z nas wykonał już podobny zabieg w szpitalu Neckera z pomyślnym skutkiem. —

II. Kilka słów o marskości przedsionka sromowego
(*Kraurosis vulvae*)

podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Zestawiwszy dotychczasowe spostrzeżenia anatomiczno-patologiczne, zebrane tak wśród obserwacyi klinicznej, jako też i poczynione na skrawkach drobnowidowych, widzimy, że tak w obrazach wolnym okiem widzianych, jako i pod drobnowidem mamy pewne cechujące znamiona właściwe marskości przedsionka sromowego. Już wolnem okiem stwierdzamy takie objawy cechujące jak bardzo znaczne kurczenie się skóry wyścielającej przedsionek sromowy, połączone z bliznowatem stwardnieniem, z zanikiem warg mniejszych, łechtaczki i ze znacznem zwężeniem wnijścia pochwowego. Ze zmian, pod drobnowidem widzianych, musimy przedewszystkiem zaznaczyć cechę zapalną cierpienia. W tej sprawie zapalnej musimy rozróżnić dwa okresy (Martin, Peter), a mianowicie: okres pierwszy, w którym widzimy zmiany stosunkowo świeże, t. j. obrzęk zapalny, nacieki i złogi wypocinowe. Następnie stwierdzamy wybitne nowotworzenie w niektórych warstwach, a mianowicie głównie w warstwie naskórkowej, a temsamem wyraźne zgrubienie warstwy rogowej i sieci Malpighiusza. Wreszcie w tym wczesnym już okresie występuje zanik włókien sprężystych, zmiany dotyczące kształtu powierzchownego brodawek, oraz zmiany w budowie naczyń krwionośnych.

W okresie drugim przedstawia się obraz zupełnie odmienny, powiedziećby można przeciwny obrazowi pierwszego okresu: zcieńczenie i zanik warstwy rogowej naskórka, naciek drobnokomórkowy sięgający głęboko do warstwy podskórnej, zanik wiązek sprężystych tkanki łącznej, spilśnienie i zbliznowacenie skóry właściwej, spłaszczenie warstwy brodawkowej zanik naczyń krwionośnych, gruczołów potnych i łojowych, zanik zakończeń nerwowych.

Dla zaokrąglenia przedmiotu wypada nam powiedzieć słów kilka o rokowaniu i leczeniu.

Od czasu jak Martin uzyskał drogą operacyjną tak świetne wyniki, rokowanie przedstawia się wcale dobrze.

Niektórzy autorowie wspominają o wyleczeniu przez użycie leków na miejsca schorzałe; stósowano przetwory jodowe, rtęciowe i środki przeciwgnilne, kąpiele; przyznaje to i Martin, że widział polepszenie po takiem postępowaniu, Fehling[24]) zaś twierdzi, że mało one skutkują. Dominującem dzisiaj i jedynie słusznem jest leczenie operacyjne, podane przez Martina, a polegające na doszczętnem wycięciu części schorzałych, a względnie całego przedsionka.

Dotychczasowe wyniki są świetne, zniekształcenie, skutkiem wycięcia schorzałej skóry, nieznaczne, a chore czują się dobrze, są swobodne i wolne od dolegliwości. — Po kilkoletniej obserwacyi w jednym tylko przypadku widział

Martin po 4-ch latach nawrót cierpienia, pomimo zabiegu operacyjnego w pobliżu ujścia cewki moczowej i na tylnej ścianie pochwy. Orthmann wspomina też o recydywie po operacyi.

Do spostrzeżeń powyższych pragnę dorzucić własne, zebrane z przypadku, który się odznacza interesującymi szczegółami.

A. H. lat 62, 4 razy rodziła, 3 razy roniła, wszystkie porody ukończone kleszczami Ostatni poród przed 36 laty. Po drugim porodzie cierpiała palenie w okolicy sromowej. Miesiączkowała zwykle 5 dni, zawsze regularnie, bez dolegliwości; od 50 roku życia nie miesiączkuje. Przed 20 laty cierpiała na owrzodzenia w okolicy sromowej, o których nic więcej podać nie umie prócz tego, że przez miesiąc była leczoną i brała kąpiele nasiadowe.

Od 2 lat czuje się chorą, cierpi na bardzo obfite upławy białe, często zielonkawe lub brudne. Z początku uczuwała kłócia przeszywające w kroku, obecnie bólów żadnych nie doznaje, na świąd sromu nie cierpiała nigdy i obecnie go wcale nie doznaje. Najwięcej dokucza jej prężenie i napięcie w kroku żali się na ból i parcie przy oddawaniu moczu, na utrudnione chodzenie skutkiem uczucia spętania w kroku. Mąż po drugiem dziecku miał chorować na jakieś cierpienia weneryczne (z opisu zapalenie gruczołów chłonnych).

Budowa i odżywienie liche, wybitna niedokrewność W narządach wewnętrznych nic osobliwego. Srom słabo owłosiony, wargi większe zaznaczone ciemniejszem zabarwieniem i uwłosieniem. Po rozchyleniu warg spostrzega się skórę przedsionka koło uwłosienia biało-różowo zabarwiona, ku wnijściu zaś pochwowemu okazującą białe plamy o wejrzeniu perłowej masy. W miejscu łechtaczki rowek, warg mniejszych ani śladu Blizko wnijścia pochwowego tu i owdzie pęknięcia skóry. W dolnej trzeciej części wargi lewej znajduje się miejsce wielkości dwuhalerówki, żółtawe, o chropowatej powierzchni, na którem widać żółtawy strupek wielkości grochu, suchy, zbity; miejsce to bardzo bolesne. Wnijście pochwowe przedstawia rozwartą szparę, w której widać w górze ujście cewki moczowej, otoczone prawidłową błoną śluzową; tuż nad nią przebiega poprzecznie ostro zaznaczona granica chorobowo zmienionego utkania; poniżej widać wypuklającą się tylną ścianę pochwy, zmienioną podobnie jak i skóra przedsionka. Zmiana chorobowa zajmuje tylko tę część pochwy, która się wypukla i kończy się ostrą granicą na szczycie wypuklenia. Wnijście pochwowe zupełnie niepodatne, palec tylko z trudnością do pochwy wprowadzić można, chociaż na pozór zdawaćby się mogło, że wnijście pochwowe nie jest tak znacznie skurczone. Wprowadzenie palca nader bolesne.

Pochwa w dotyku skórzasta, podeszwowata, na boki niedająca się przesuwać; tylna ściana podatniejsza od przedniej. W górnej połowie przedniej ściany pochwy, w odległości 3 cm. od wnijścia pochwowego i w sklepieniu pochwowem, napotyka się guz zbity niepodatny, wielkości dużej spłaszczonej śliwki, poprzecznie ułożony i sterczący do pochwy. W szczycie pochwy i w tylnem jej sklepieniu nierówności zbite, twarde, niepodatne; części pochwowej, jako takiej rozróżnić nie można. Z powodu niepodatności kanału pochwowego, badanie zestawione przez pochwę przeprowadzić się nie daje. Po wyjęciu palca, odpływ obfity gęstej krwawej, brudnej wydzieliny. Badanie zestawione, dokonane przez odbytnicę, wykazuje walcowatą i zbitą pochwę, w górnej części zgrubiałą, na szczycie której czuć można bardzo małe, w zaniku będące, ciało macicy, przechylone na stronę prawą i ku zatoce krzyżowo-biodrowej prawej. Trąbki jajniki, więzy okrągłe nie okazują nic osobliwego. Więzy szerokie u podstawy nie naciekłe. Mocz wykazuje 0.004% białka, zresztą składniki w ilości prawidłowej, cukru nie zawiera

Rozpoznano *kraurosis vulvae*, a nadto zmianę nowotworową w pochwie, przechodzącą na część pochwową i szyję zanikającej macicy. Przyroda nowotworu nie dawała się z badania dotykiem określić. W celu stwierdzenia i dokładniejszego rozpoznania wycięto z całej szerokości dolnej części przedsionka, po stronie lewej, pasek skóry, długi na 2 cm. i wydobyto ostrą łyżeczką kawałki z guza, położonego w przedniej ścianie pochwy.

Miejsce, z którego kawałek skóry wycięto, zeszyto szwem katgutowym; napięcie wśród szycia było znaczne i z trudnością tylko brzegi zranienia do siebie przybliżyć się dały.

Badanie skrawków z wyskrobanych kawałków nowotworu wykazało cechujący obraz raka nabłonkowego, przez co rozpoznanie zostało ustalone.

W pierwszej chwili nosiłem się z zamiarem wycięcia chorobliwie zmienionego przedsionka, w myśl postępowania Martina; gdy jednak zmiana rozciągająca się na pochwę, sklepienia i część pochwową okazała się rakiem, musiałem odstąpić od pierwotnego zamiaru. Wycięcie tylko samej skóry przedsionka, w celu leczenia marskości samej, wydało mi się postępowaniem zbyt połowiczem; musiałem przeto myśleć o wycięciu całej pochwy i macicy.

Umiejscowienie nowotworu rakowego w górnej połowie przedniej ściany pochwy, w miejscu ścisłego przylegania pęcherza moczowego do pochwy, nakazywało się obawiać, że podczas operacyi, trzeba będzie wykonać częściowe wycięcie pęcherza moczowego i to w okolicy, gdzie właśnie leżą ujścia moczowodów.

Uwzględniając nader nędzny stan ogólny chorej niedokrewnej, podjęcie tak znacznego zabiegu nie było zachęcającem i nie wiele dla chorej rokującem. W obec tego, nie mogłem bardzo doradzać zabiegu operacyjnego chorej, która też usłyszawszy, że operacya może być potrzebną, stanowczo oświadczyła, że się na żadną nie zgadza. Przez czas dwumiesięcznego pobytu chorej pod opieką lekarską stosowano leczenie objawowe, pochwę przestrzykiwano roztworami lizolu lub kreoliny.

Nadmienić należy, że ranka, po wycięciu kawałka skóry z przedsionka do badania drobnowidowego, nie zgoiła się przez rychłozrost, ale w trzecim dniu po wycięciu rozeszła się, przedstawiając czyste owrzodzenie. Brzegi owrzodzenia tworzyły w około pas okalający, na 2—3 mm. szeroki, o wejrzeniu perłowej masy; dno wrzodu okazywało żywą, czerwoną ziarninę, określoną ostro odgraniczonym brzegiem. Gojenie się następowało powoli; dno wrzodu, pokryte ziarniną, przedstawiało krążek coraz to mniejszy; robiło to wrażenie, jakby się brzegi wrzodu nad dnem zaciągały. Zagojenie nastąpiło w ten sposób, że prawie znaku nie pozostało, gdzie był kawałek wycięty; przedsionek przedstawiał się po zagojeniu ranki zupełnie tak, jak pierwotnie przed wycięciem.

W szpitalu wybitniejszych zmian niezauważono. Podmiotowo czuła się chora znacznie lepiej; niemiłe objawy w szparze sromowej przestały jej dokuczać; tylko od czasu do czasu żaliła się na dolegliwości przy oddawaniu moczu, który wreszcie, ku końcowi pobytu, bezwiednie w bardzo małych ilościach odpływać począł. Wejrzenie przedsionka prawie nie uległo zmianie, wydzielina z pochwy się tylko zmniejszyła.

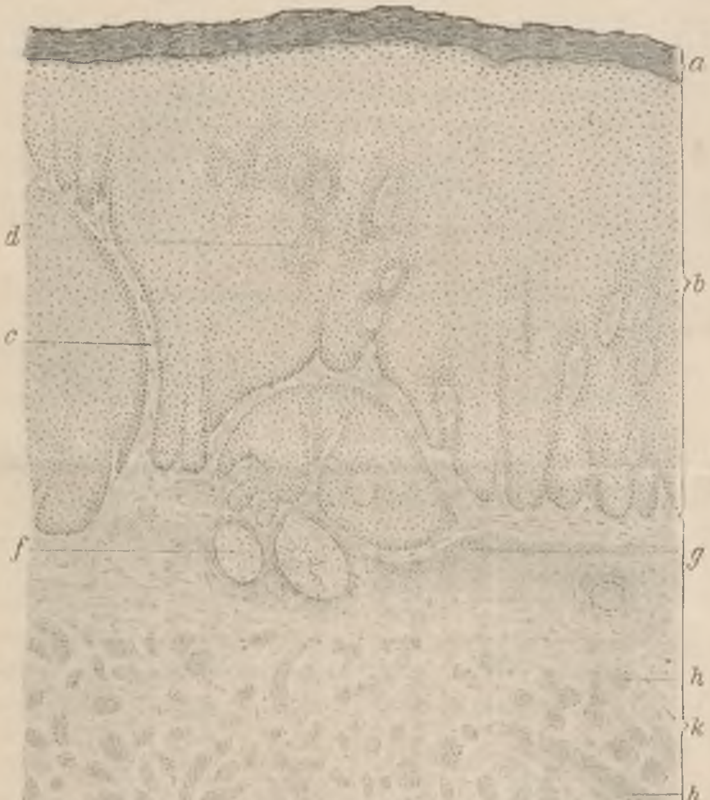
Pragnąc posiąść materyał do porównania, nim przystąpiłem do badania drobnowidowego wyciętego kawałka, wziąłem z kilku świeżych trupów różnego wieku, od 30 do 60go roku życia, takież same skrawki skóry i z tego samego miejsca przedsionka. Jedyne, co stwierdzić mogłem, to było to, że tak dobrze warstwy naskórkowe, jako też i skóry właściwej, były o wiele cieńsze, aniżeli w innych okolicach powłok zewnętrznych; natomiast warstwa tłuszczowa podskórna bogato była rozwinięta.

Badanie drobnowidowe skrawków mikrotomowych kawałka skóry z przedsionka pacyentki wykazało zmiany odbiegające nieco od dotychczas opisywanych.

Warstwa rogowa naskórka znacznie zgrubiała, złożona z płaskich łusek, które nawet i w głębszych warstwach jąder nie wykazują. *Stratum lucidum* nie daje się wcale wykazać, natomiast *stratum granulosum* wyraźne, stosunkowo dość szerokie, z kilku warstw dachówkowatych komórek złożone.

Sieć Malpighiusza znacznie szersza niż w skórze prawidłowej, zbudowana z dużych komórek, posiadających bardzo wyraźne wypustki kolczaste i dobrze barwiące się jądra. Podstawowa warstwa walcowata nabłonka również dobrze utrzymana.

Dolna granica naskórka nie przebiega falisto, jak to się rzecz ma w skórze zdrowej, lecz jest zupełnie równą i płaską, a ztąd też i miazdra *(corium)* wcale nie posiada brodawek jej właściwych, lecz również jest przypłaszczona. Z brodawek tych pozostały tylko gdzieniegdzie jeszcze resztki w kształcie wąziutkich pasemek tkanki łącznej, drążących



dość wysoko w nabłonek. W tych miejscach, gdzie takie pozostałości brodawek skórnych zostały skośnie przecięte, widzimy, w pośród komórek nabłonkowych przyskórka, owalne lub podłużne ogniska łączno-tkankowe, posiadające często w środku przekrój naczynia.

Utkanie skóry właściwej, a mianowicie warstw jej, leżących pod nabłonkiem, także różni się znacznie od utkania skóry prawidłowej. Tu nie widzimy już tych długich, równoległych do siebie, a falisto przebiegających pasem tkanki łącznej, ale mamy do czynienia z utkaniem zbitem, włóknistem, złożonem z grubych włókien tkanki łącznej gęsto obok siebie ułożonych i mocno z sobą poplątanych i spilśnionych, tak, że mamy do czynienia z tkaniną zbitą, niepodatną i mało sprężystą.

Na granicy, między naskórkiem a skórą właściwą, znajdujemy w utkaniu tej ostatniej podłóżne, równolegle do nabłonka ułożone smugi nacieku drobnokomórkowego, złożonego z komórek małych, okrągłych i jednojądrzastych, warstwowo-ułożonych. Nacieki te sięgają niżej w głąb skóry.

Naczyń w skórze znalazłem niewiele; a tylko gdzieniegdzie można było napotkać gruczoł łojowy lub potny; porównanie skrawków tych z preparatami, pochodzącymi ze zdrowej skóry, wyciętej z tejże samej okolicy zwłok, wykazuje znaczny zanik tych utworów w naszym przypadku.

Nadmienić mi jeszcze wypada, że odpowiednie zabarwienie skrawków wykazuje w tkance łącznej miazdry *(corium)*, szczególniej w warstwach bliżej nabłonka położonych, znaczną ilość komórek tucznych.

Tkanki tłuszczowej nie znalazłem nigdzie, a włókien sprężystych bardzo mało.

Nerwów ani zakończeń nerwowych, w tych powierzchownych warstwach utkania skórnego nigdzie znaleść nie mogłem.

Dolne warstwy skóry okazują obraz niezwykły, a mianowicie, wśród zbitej tkanki łącznej widzi się mnóstwo przekroi pęczków mięśni gładkich, przebiegających w różnych kierunkach. Gdzieniegdzie przebiegają one podłużnie. Pęczki te przedstawiają się jakby były ułożone w siatce z tkanki łącznej, czyli że mamy tu wybitny obraz nowotworzenia mięśni gładkich *(leo-myoma fibrosum)*.

Zszeregowując nasz przypadek z tymi, które dotychczas były opisane, musimy przyznać, że niewątpliwie mamy do czynienia z marskością przedsionka sromowego, zaczem przemawiają wymownie cechujące zmiany na skórze przedsionka, gołem okiem widoczne, jako też zmiany głębsze, stwierdzone drobnowidem.

Makroskopowo różni się nasz przypadek od dotychczas spostrzeganych tem, że zmiany na skórze przedsionka widziane, nie ograniczają się do wnijścia pochwowego, ale przechodzą na wypuklającą się ze szpary sromowej tylną ścianę pochwy i sięgają na 3 cm. w głąb tejże.

Takie przekroczenie granicy przedsionka spostrzegali G ö r d e s i P f a n n e n s t i e l; dotyczyło ono jednak skóry na około rzyci. Tylko M a r t i n widział na tylnej ścianie pochwy guzek, który uważał za nawrót cierpienia po zabiegu operacyjnym. Mimo woli nasuwa się uwaga, że w przypadkach Gördesa i Pfannenstiela granica ta była przekroczoną w kierunku spływających odchodów ze szpary sromowej. W moim zaś przypadku uderza ta okoliczność, że zajęta była część tylnej ściany pochwy, która, skutkiem wypuklenia się ze szpary sromowej, pozostawała w ścisłem zetknięciu z miejscami chorobowo zmienionemi przedsionka.

Dalej zaznaczyć należy, że to, co M a r t i n i C z e m p i n widzieli, t. j. równoczesne pojawienie się raka, znachodzimy w naszym przypadku także, tylko z tą odmianą, że w przypadku naszym rak był usadowiony na miejscu odległem, w głębi przedniej ściany pochwy i oddzielony od zmian chorobowych, w przedsionku spostrzeganych, 3—4 cm. szerokim odstępem zdrowo wyglądającej ściany pochwowej.

Co się tyczy obrazów drobnowidowych, to te są zbli-

żone bądź do obrazu widzianego przez Petera, bądź też do opisanego przez Neumanna.

Z Peterem zachodzi wspólność w bardzo wyraźnem zgrubieniu warstw przyskórkowych, w umiejscowieniu nacieku drobnokomórkowego tuż pod siatką Malpighiusza, w skórze już właściwej. (Peter widział w tem miejscu świeże złogi wypocinowe); co do Neumanna, aczkolwiek jego preparaty mi nieznane, nie mogę ich zatem porównywać, to przecież według podanego opisu, wspólnem zdaje mi się być zgrubienie warstw naskórkowych i wydłużenie brodawek warstwy brodawkowej.

Peter dostatecznie wykazał, jak sobie zgrubienie warstw naskórkowych należy tłómaczyć i jego wyjaśnienie w zupełności przyjmuję. Nie tak łatwo wytłómaczyć się daje wydłużenie brodawek. Nie zamierzając tworzyć hipotezy, ograniczę się tylko do wrażenia, jakie odniosłem przy oglądaniu skrawków z mego przypadku. Mianowicie, jak to już wśród opisu skrawków zaznaczyłem, sięgają one wysoko w siatkę Malpighiusza; otóż obraz ten mimowoli czyni takie wrażenie, jakoby położone w zagłębieniach między brodawkami, a bujające i mnożące się komórki siatki Malpighiusza, brodawki te zewsząd uciskały, zaczem musiałoby iść ścieńczenie i wydłużenie tych ostatnich tak, że wreszcie częścią zanikły, częścią zaś zamieniły się w długie cienkie wypustki.

Jeżeliby to tłómaczenie widzianych obrazów było słuszne, należałoby przypuścić, że rozrost siatki Malpighiusza nie następuje jednostajnie, ale owszem, że warstwy głębsze, bliżej brodawek położone, szybciej i znaczniej się rozrastają i rozszerzają, aniżeli warstwy bliżej warstwy rogowej położone. Zatem, że w tych miejscach najwybitniej występuje zmiana chorobowa, świadczyłaby ta okoliczność, że tu właśnie, nie gdzieindziej znachodził Peter najwyraźniejsze sprawy zapalne. W każdym razie, zgrubienie warstw naskórkowych, zmiany zanikowe w brodawkach, widoczne zmiany zapalne i obecność gruczołów potnych i łojowych, chociaż nielicznych, przemawia za tem, że przypadek nasz zaliczyćby należało do pierwszego okresu sprawy chorobowej, albo przynajmniej, że przypadek ten należy odnieść do czasu przełomu z jednego okresu w drugi.

Zdaje mi się słusznemby było zestawienie, że przypadek Petera okazuje zmiany z okresu najwcześniejszego gdzie przeważają świeże sprawy zapalne, obrzęki, złogi wypocinowe, obecność leukocytów w tkaninach, gdzie przyszło do zgrubienia warstw naskórkowych, gdzie widoczną już jest utrata włókien sprężystych, gdzie jednak jeszcze nie przyszło do ostatecznego rozszerzenia siatki Malpighiusza i do wybitnych zmian w warstwie brodawkowej; głębsze warstwy skóry zmian nieokazują jeszcze, a gruczoły i naczynia niezmienione.

Przypadek Neumanna i mój należałoby zaliczyć do okresu, w którym już pierwsze objawy zapalne minęły, gdzie bujanie siatki Malpighiusza dalej jeszcze postąpiło i sprowadziło zmiany zanikowe w warstwie brodawkowej z względnem wydłużeniem brodawek, gdzie już zaczynają występować zmiany w głębszych warstwach skóry, a mianowicie w naczyniach i gdzie wreszcie poczyna się zanik gruczołów potnych i łojowych.

Reszta przypadków, w których znaleziono wybitny zanik naczyń, nerwów, brak zupełny gruczołów, należałoby odnieść do okresu, w którym zmiany dosięgły szczytu swego rozwoju.

Niewątpliwie osobliwością w naszym przypadku jest nowotworzenie mięśni gładkich w skórze właściwej. Obecność *leo-myoma* może być uważana jako rzecz przypadkowa, albo też możnaby sądzić, że czynnik przyczynowy może wywierać wpływ pobudzający na różne tkaniny skóry i tworzyć powikłania różnej natury.

Interesującem by było rozstrzygnąć pytanie: skąd wychodzi to bujanie komórek mięśni?

Na pytanie to stanowczo odpowiedzieć trudno. — Na podstawie jednak naszych preparatów możnaby wypowiedzieć przypuszczenie, że to bujanie komórek mięśni gładkich wychodzi z mięśni gładkich, znajdujących się w ścianach naczyń.

Przypuszczenie to możnaby oprzeć na tem, że na niektórych przekrojach poprzecznych pęczków mięśni gładkich między komórkami widać szczelinę, a w niej ciałka krwi czerwone.

Objaśnienie ryciny.

a) Stratum corneum.
b) rete Malpighii (stratum mucosum).
c) wydłużone brodawki skórne.
d) skośny przekrój szczytów wydłużonych brodawek.
f) gruczoł łojowy.
g) naciek drobnokomórkowy.
h) przekroje wiązek mięśni gładkich.
k) Corium.

Literatura.

[1]) Breisky — Zeitschr. f. Heilk. Bd, VI p. 69. Centralbl. f. Gyn. 1885 p. 358.
[2]) Fleischmann — Prager med. Wochenschrift 1886 Nr. 36. Centralbl. f. Gyn. 1887 p. 663.
[3]) Janowski — Monatschrift f. prakt. Dermat. 1888 p. 951 Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 367.
[4]) Orthmann — Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XIX 283 p.
[5]) Hallowel — Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 743.
[6]) Hatchette — Jaresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1893 p. 206.
[7]) Bartels — Inaug.-Diss. 1892. Centralbl. f. Gyn. 1893 p. 822.
[8]) Reed. — Jaresb. u. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1894 p. 239.
[9]) Rona — Jaresb. üb. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1894 p. 240.
[10]) Martin — Samlung klin. Vortr. N. F. 102.
[11]) Peters — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 297.
[12]) Gördes — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 305.
[13]) Czempin — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34 p. 460.
[14]) Neumann — Wien. klin. Wochenschr. 1896 p. 211.
[15]) Frederick — Jahresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1891 p. 795.
[16]) Veit — Handb. d. Gyn. 1898 Bd. III. p. 144.
[17]) Pfannenstiel — Centralbl. f. Gyn. 1897 p. 1535.
[18]) Johnston — Centrabl. f. Gyn. 1895 p. 1143.
[19]) Elischer — Jahresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1894 p. 240.
[20]) Lengyear — Jahresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1895 p. 242.
[21]) Sänger — Centralbl. f. Gyn. 1894, 311.
[22]) Levin — Centralbl. Gyn. 1894. 310.
[23]) Fischel — Centralbl. f. Gyn. 1885 p. 358.
[24]) Fehling — Lehrb. f. Frauenkrankheiten 5. 87.

III. Z szpitala powszechnego w Białej.

Rzekome zapalenie wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr. Józef Bogdanik.

Przedmiotem niniejszej pracy będzie przypadek, który, zdaje się, stanowi unikat w literaturze, a dokładne rozpoznanie którego przed operacyą było niemożebnem. Co więcej,

dotąd jeszcze żaden z kolegów nie rozpoznał preparatu uzyskanego przy operacyi.

Zygfryd P., lat 24 liczący, dobrze zbudowany, z znaczną na swój wiek podściułką tłuszczową, cierpi od trzech lat na wolną przepuklinę pachwinową po stronie prawej, która czasami wypada, lecz zawsze daje się odprowadzić. W dniu 17/8 1897 r. zachorował on nagle wśród wymiotów i znacznych bólów w okolicy kątnicy. Gdy się stan, mimo leczenia, nie poprawił, odesłano go do szpitala dnia 19/8.

Twarz chorego wyraża cierpienie, ciepłota ciała 37·8° C, tętno 104 razy na minutę. W okolicy kątnicy (coecum) stwierdza się guz bolesny, rozciągający się wzdłuż talerza biodrowego ku prawemu łukowi żebrowemu. Skóra po nad guzem zaczerwieniona; stolca i wiatrów nie ma; wymioty częste. Zalecono choremu nastój makowca i zimne okłady z pół procentowego rozczynu kreolinowego. Ciepłota ciała podniosła się wieczorem do 38·9° C., chory miał w nocy znaczne bóle, nazajutrz oddał stolec. Odtąd się stan poprawił, stolec i wiatry odchodzą, ból ustąpił całkowicie, a od 23/8 ciepłota ciała stała się prawidłową.

Dnia 30/8 zaczerwienienie skóry zupełnie znikło, guz w okolicy kątnicy jednak utrzymuje się, lecz ból przy dotykaniu całkiem nieznaczny. Prawy kanał pachwinowy drożny dla palca, przy kaszlu czuć można uderzenie jelita o palec, lecz worek przepuklinowy nie wypełnia się treścią. Podczas dwunastodniowej obserwacyi szpitalnej można było dojść do przekonania, że mamy do czynienia z prawą, wolną przepukliną pachwinową i z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Ponieważ objawy zapalne ustąpiły, sądziłem, że nastała pora, w której wskazanąby była operacya, na którą się chory zgodził.

W uśpieniu chloroformowem poprowadziłem dnia 30/8 cięcie, jakby do operacyi radykalnej Bassiniego, którą równocześnie wykonać zamierzałem. Oddzieliwszy sznurek nasienny i naczynia od worka przepuklinowego, uczułem w worku sznurek cienki. Naciąłem tedy worek i przekonałem się, że jest to cienki skrawek sieci, skręcony nakształt grubego szpagatu. Koniec tego sznurka przyczepiony był do szczytu worka przepuklinowego, dośrodkowa zaś część gubiła się w okolicy kątnicy, gdzie wyczuć można było guz. Celem oddzielenia guza przedłużyłem cięcie w powłokach brzusznych ku górze aż do prawego łuku żebrowego, przytem przeciąłem otrzewnę ścienną, mocno z guzem zrośniętą. Oddzielając ostrożnie otrzewnę od guza, przekonałem się, że stanowi on ciało dosyć zbite o powierzchni marmurkowanej brudno-żółtej. Robił on wrażenie tkanki nacieklej, znajdującej się w okresie rozpadu, a miejsca przeświecające przez powierzchnię jakby ugotowana jagła, wydawały się ogniskami ropnemi, co się w dalszym ciągu okazało błędnem. Gdy bowiem od guza oddzieliłem otrzewnę aż blisko do łuku żebrowego, pokazało się, że jest to sieć zwyrodniała, mocno przerosła i zrośnięta silnie z otrzewną ścienną. Górny jej koniec pęczkami podwiązałem katgutem karbolowym, potem go odciąłem i zanurzyłem część dośrodkową w jamie otrzewnowej. Część obwodową odciętą chwyciłem ręką i oddzieliłem ją na tępo ku dołowi. Przytem się pokazało, że sieć nietylko z otrzewną była złączoną, ale i z częścią wstępującą kiszki (colon ascendens), z pętlami jelita i z kątnicą (coecum). Nieco przekrwiony i zgrubiały, lecz zresztą zdrowy wyrostek robaczkowy całkowicie był wsuniętym w sieć zwyrodniałą, z której atoli na tępo wyłuszczyć się dał. Oddzieliwszy następnie i trzewa przyczepione do sieci, przekonałem się, że sieć ta, oprócz wypustki sznurkowej w worku przepuklinowym, o czem już poprzednio wspomniałem, wsuwa się aż do miednicy małej. Część tę również na tępo palcami oddzieliłem i teraz dopiero cała sieć zwyrodniała wydobyć się dała. Oczyściwszy pole operacyjne gazą wyjałowioną, spoiłem ranę w ścianie brzusznej szwem piętrowym, szyjąc otrzewnę, pochewki mięśniowe i przecięte mięśnie katgutem karbolowym, a skórę katgutem chromowym. Po zaszyciu rany w ścianie brzusznej, od łuku żebrowego do wyrostka górnego przedniego, wsunąłem sączek do miednicy małej i wykonałem operacyę radykalną przepukliny, według metody podanej przez Bassiniego, po której to operacyi dotychczas najlepsze mam wyniki. Ranę opatrzyłem gazą jodoformową. Operacya trwała 105 minut.

W dniu operacyi chory kilkakrotnie wymiotował i żalił się na znaczny ból żywota, który dopiero w południe następnego dnia ustał. Wiatry odchodzą, bębnicy nie ma. Wieczorem dnia następnego po operacyi, t. j. 31/8, podniosła się ciepłota do 37·5° C., lecz już następnego wieczora, gdy chory po olejku rącznikowym dwukrotnie się wypróżnił, wynosiła tylko 36·9° C. W dniu 3/9 zmieniłem opatrunek poraz pierwszy i usunąłem sączek z jamy otrzewnowej. Rana była zabliźnioną doraźnie, z wyjątkiem skrawka $2^1/_2$ ctm. długiego w górnym odcinku. W dalszym przebiegu pooperacyjnym chory gorączkował od 12/9 do 16/9, a ciepłota ciała dochodziła do 39·0° C. Obserwacya okazała, iż przyczyną gorączki był ropień, który się utworzył w ścianach brzusznych, nieco na wewnątrz od blizny polaparotomijnej. W dniu 21/9 opuścił chory szpital z raną zupełnie zabliźnioną i odtąd ma się zupełnie dobrze.

Wycięta część zwyrodniałej i zgrubiałej sieci ma 35 ctm. Część górna odcięta ma szeroką podstawę, zwęża się w części środkowej i zakończoną jest u dołu wypustką sznurkowatą po stronie prawej, która przyczepioną była do końca worka przepuklinowego, a po lewej stronie stanowi maczugowate zgrubienie.

W przypadku niniejszym niemożebnem było dokładne rozpoznanie przed operacyą; wszystkie objawy bowiem przemawiały za tem, że mamy do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Zapalenie zlepne wyrostka robaczkowego nawet rzeczywiście istniało. Przypadek niniejszy jest nadto i wyjątkowym; w dostępnej bowiem literaturze drugiego nie znajduję. Niedokładne rozpoznanie tem bardziej należy usprawiedliwić, że dotąd jeszcze żaden z kolegów, którym preparat pokazywałem nie zdołał rozpoznać, co to jest. Przypuszczali wszystko inne, tylko nie sieć.

IV. Kilka uwag o t. zw. przeroście gruczołu krokowego.

Z powodu pracy Dra Motza p. t. „Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego".

napisał

Docent Dr. Stanisław Ciechanowski.

O stosunkach, łączących gruczoł krokowy z jądrami, niewiele dotychczas wiadomo. Spostrzegano, że w przypadkach zatrzymania rozwoju jąder zatrzymuje się niekiedy rozwój gruczołu krokowego; doświadczalnie można prawie na pewno wywołać zanik gruczołu krokowego zapomocą wytrzebienia; zauważono również, że w niektórych przypadkach gruczoł krokowy, nawet chorobowo powiększony, czyli, jak zwykle się mówi, przerosły, po wytrzebieniu zanika także u ludzi; w końcu, na podstawie wprawdzie tylko klinicznych, a więc niezupełnie ścisłych badań, utarło się przekonanie, że rozwój gruczołu krokowego postępuje zupełnie prawie równolegle ze wzrostem i rozwojem jąder.

Z danych tych można wprawdzie wnosić, że pomiędzy czynnością i rozwojem gruczołu krokowego i jąder istnieje związek ściślejszy; nie wiemy jednak dotychczas, co pośredniczy w oddziaływaniu jąder na sterczu, czy to skutki wpływów nerwowych (jak to się przypuszcza), jakiemi drogami wpływy te z jąder do gruczołu krokowego dochodzą, i w końcu, jaki tych wpływów zakres i charakter.

Mimo to, na zasadzie samych tych tylko dość nieobfitych danych, o których wspomniałem, powstało już kilka zapatrywań, usiłujących wyjaśnić powstawanie „przerostu" gruczołu krokowego wyłącznie wpływem czynności jąder. Najwybitniejszym wyrazem kierunku, w którym się te zapatrywania i przypuszczenia do niedawna prawie wyłącznie poruszały, było zdanie Mac-Ewana[1]). Da się ono streścić krótko w twierdzeniu, że jądra wywierają wpływ regulujący

[1]) Wiener med. Presse 1897.

na rozwój gruczołu krokowego. Jeżeli jednak w starości, wskutek zaniku jąder, mającego się zdarzać dość często, wpływ ten ustanie, wówczas gruczoł krokowy posuwa się w swym rozwoju poza granice fizyologiczne, czyli przerasta.

Roztrząsać zagadnienie, czy istotnie tak zwany przerost gruczołu krokowego, może być uważany za dalszy niejako ciąg fizyologicznego jego rozrostu, zdaje mi się zupełnie zbyteczne. Wszystkie bez wyjątku prawie dotychczasowe histologiczne prace dają na takie zagadnienie stanowczo przeczącą odpowiedź, już przez to samo, że jednozgodnie stwierdzają istnienie chorobowych zmian budowy w przerosłym gruczole krokowym.

Jednakże pomijając nawet to zagadnienie, nielogiczność teoryi Mac-Ewana i innych podobnych zapatrywań odrazu rzuca się w oczy. —

Powszechnie bowiem (autorowie omawianych właśnie przypuszczeń nie stanowią tu wyjątku —) przypisuje się zanik czy to prawidłowego, czy powiększonego gruczołu krokowego, następujący niekiedy po wytrzebieniu u ludzi i zwierząt, tej okoliczności, że wpływ jąder przestał działać. Jakże można więc tymsamym zupełnie czynnikiem chcieć wytłómaczyć rzecz zupełnie odwrotną, mianowicie powiększenie się gruczołu krokowego?

Jakkolwiekbądź jednak, zważywszy brak dokładniejszych danych, świadczących o ścisłej równoległości rozwoju jąder i gruczołu krokowego, zdawało mi się korzystnem, przy sposobności innych poszukiwań [2]), zbadać rzecz tę nieco szczegółowiej, uwzględniając przedewszystkiem, jakim zmianom ulegają wzajemne stosunki obu narządów w stanach chorobowych każdego z nich. Sądziłem bowiem, że badania anatomiczne, z miarą i wagą w ręku, mogą zagadnienia te nieco lepiej wyświetlić, niż badania kliniczne, w rodzaju badań Englischa, narażone zawsze więcej na błędy podmiotowe i niezdolne z całą dokładnością oznaczyć ścisłemi liczbami stosunków tych w każdem ze spostrzeżeń.

Badań moich w tym kierunku, rozpoczętych jeszcze przed oddaniem do druku pracy mojej o tzw. przeroście gruczołu krokowego [3]), do dziś dnia nie ukończyłem. Nie rozporządzając obecnie dostatecznie obfitym a mnie dostępnym materyałem, musiałem je na czas jakiś przerwać i posiadam dotychczas zaledwo kilkadziesiąt spostrzeżeń, gdy tymczasem, chcąc mieć wyniki dość pewne, należy ich zebrać kilka tysięcy, a już co najmniej kilkaset.

Mimo to już obecnie zarysowują się w badaniach tych pewne szczegóły, zasługujące mojem zdaniem na uwagę. Jednym z nich jest to, że wielkość i waga zupełnie rozwiniętych prawidłowych jąder, i zupełnie rozwiniętego prawidłowego gruczołu krokowego waha się u różnych osobników w stosunkowo szerokich granicach. Nie ma w tem zresztą nic nowego, nic takiego, coby wykraczało poza szranki codziennych spostrzeżeń klinicznych i dawniejszych poszukiwań anatomicznych; miara i waga potwierdziły tutaj raz jeszcze rzecz oddawna i powszechnie znaną. Istnieją zresztą, obok badań Bischoffa i Krausego, bardzo dokładne pomiary wielkości i wagi prawidłowego gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn, dokonane jeszcze przed dwudziestu przeszło laty przez Iversena [4]), a obejmujące znaczną liczbę spostrzeżeń (dwieście trzy). Cenny ten materyał poucza, że zupełnie rozwinięty prawidłowy gruczoł krokowy może być u jednego osobnika prawie w dwójnasób większy niż u drugiego; w badaniach moich, zgodnie zresztą w zasadzie [5]) z liczbami, podanemi przez dawniejszych badaczy, stwierdziłem, iż z jednej strony zdarzają się gruczoły krokowe, ważące tylko 14 gramów, z drugiej dochodzące do 22 gramów, a nawet wyjątkowo do 24 gramów, pomimo, iż jedne i drugie pochodzą z osobników w sile wieku i nie przedstawiają żadnych nieprawidłowości ani gołemu oku, ani pod drobnowidzem. Te same mniej więcej wahania okazuje objętość gruczołu krokowego.

Zupełnie podobnie zachowują się jądra, których waga w stanie prawidłowym waha się według moich, niezbyt zresztą licznych, jak wspomniałem, pomiarów; — od 16 do 25 gramów.

Drugim dość ciekawym szczegółem, potwierdzającym to, co oddawna wiadomo o innych parzystych narządach, jest zdarzająca się dość często nierówność obu jąder. Jestto również rzecz, znana dobrze klinicystom; dotychczasowymi pomiarami nie stwierdziłem większej różnicy wagi między obu jądrami, jak 1·5 do 2·5 gramów [6]). Być może, że dalsze badania wykażą większe różnice; w każdym razie ciekawą jest okoliczność, że niekiedy (dotychczas posiadam dwa takie spostrzeżenia) daje się w tych razach zauważyć bardzo lekka różnica w rozwoju obu połów gruczołu krokowego, a mianowicie mała przewaga rozmiarów tej połowy, która odpowiada większemu jądru.

Wobec wahań osobniczych w wielkości jąder i gruczołu krokowego, należało pomyśleć o tem, jakby ściślej porównywać rozmaite spostrzeżenia między sobą. W tym celu użyłem wykładnika, oznaczającego względny stosunek ciężaru obu jąder do ciężaru gruczołu krokowego:

$$\frac{\text{Cieżar jąder}}{\text{Cieżar gruczołu krokowego}} = a \text{ (około 2, do 2·3)}$$

Dotychczasowe badania moje zdają się wskazywać, że ten wykładnik a jest w prawidłowych przypadkach u dorosłych mężczyzn ilością dość stałą, wahająca się w pewnych dość ostrych granicach. Natomiast w przypadkach tak zwanego „przerostu“ gruczołu krokowego otrzymywałem liczby zupełnie inne, przemawiające za tem, że wówczas ginie wszelka równoległość między jądrami a gruczołem krokowym.

Nie wyprowadzając z danych tych dziś jeszcze żadnych stanowczych wniosków, bo być może, że liczniejsze pomiary do innych przywiodą mnie wyników, zachowuję też podanie wszelkich szczegółów do ukończenia badań. Jednak już nawet te dane zdają się zyskiwać na wartości w oświetleniu bardzo ciekawych spostrzeżeń, zebranych niedawno przez Dra Motza [7]).

[2]) W sprawie zmian starczych jąder i ustawania czynności płciowych u mężczyzn.

[3]) Przegląd chirurgiczny 1897, 8.

[4]) Hypertrophia prostatae. Monografisk Fremstillet. Kopenhaga 1873.

[5]) Pomijając małe różnice w liczbach średnich, łatwe do wytłómaczenia. Bischoff podaje jako średnią wagę 20·5 grm. Krause 19 gr. (Vierordt Anatomische Daten u. Tabellen); ja znalazłem dotąd średnią wagę tylko 17·5 gr.

[6]) Dursy uważa za średnią różnicę 3 gramy: prawe jądro 23, lewe 26 gramów.

[7]) Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego. Przegląd lekarski 1898. Nr. 1. 2.

Spostrzeżeń tych dokładniej streszczać nie potrzebuję, jako dobrze znanych i świeżo w pamięci tkwiących; wystarczy przypomnieć, że Dr. Motz stwierdził klinicznie: 1) Większą częstość miażdżycy tętnic obwodowych u osobników, dotkniętych wyższymi stopniami przerostu gruczołu krokowego; 2) Większą częstość wyższych stopni przerostu gruczołu krokowego u osobników, obdarzonych większemi jądrami; 3) W niektórych przypadkach równoczesną nieumiarowość (asymetryę) przerosłego gruczołu krokowego i nieumiarowość jąder.

Na zasadzie tych klinicznych spostrzeżeń wnosi Dr. Motz, że tak zwany przerost gruczołu krokowego wywołany jest przez większą żywotność narządu płciowego u niektórych osobników, czyli jak się wyraża: „rzeczywisty przerost gruczołu krokowego nie jest niczem innem, jak tylko rozwojem prawidłowym, lecz przedłużonym tego gruczołu, zależnym od większej energii życiowej narządu płciowego“; za podstawę do tego wniosku służy stwierdzenie, „że częstość występowania przerostu dużego stopnia wzrasta szybko, odpowiednio do wielkości narządów płciowych zewnętrznych“.

Drugim czynnikiem przyczynowym, wzmagającym przerost gruczołu krokowego, jest według Dra Motza przekrwienie narządu moczopłciowego, będące następstwem miażdżycy dużych pni tętniczych.

Jestto więc nowa teorya powstawania przerostu gruczołu krokowego pod wpływem czynności jąder; od dawniejszych różni się tem, że jest zręczniejszą i logiczniejszą, oraz tem, że opiera się na obfitych spostrzeżeniach klinicznych, dotyczących wyłącznie tzw. „prostatyków“, a więc na materyale znacznie lepszym, niż ten, którym rozporządzał Englisch. — Pozostawiając omówienie zapatrywań Dr. Motza na później, pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę, że spostrzeżenia Dra Motza, mimo pozornych sprzeczności, mogą zupełnie posłużyć do potwierdzenia wniosków moich o zapalnem tle przerostu gruczołu krokowego, wypowiedzianych i uzasadnionych gdzieindziej [8])

Z odnośnych badań moich wynika, że powiększenie gruczołu krokowego zależy w pierwszym rzędzie od rozszerzenia, rozdęcia istniejących w nim przestrzeni gruczołowych. Im więcej tych przestrzeni ulegnie rozszerzeniu przez gromadzącą się w nich wydzielinę, najczęściej zmieszaną z zapalną wypociną, tem też znaczniej gruczoł krokowy się powiększy. Jak wykazywałem, już w okresach początkowych sprawy, zwanej „przerostem“, waga gruczołu krokowego może być w dwójnasób prawie wzmożoną (w porównaniu do średniej wagi), chociaż dopiero $^1/_3$ lub nawet $^1/_4$ część wszystkich gruczołowych przestrzeni uległa i to niezbyt znacznemu rozszerzeniu. Stąd też niewątpliwie te gruczoły krokowe, które już w stanie prawidłowym z natury niejako, — jeszcze przed początkiem spraw zapalnych przewłocznych, prowadzących do tzw. „przerostu“ — były większe, więcej mają widoków dojścia do wysokich stopni powiększenia, niż gruczoły krokowe z natury mniejsze, zawierające od początku (a raczej od szczytu rozwoju) bezwzględnie mniej przestrzeni gruczołowych. — Jest to prawie zupełnie to samo, co dzieje się z torbielami retencyjnymi, których ostateczna wielkość zależy przedewszystkiem od pierwotnej wielkości przestrzeni ulegającej rozszerzeniu wskutek zastoju wydzieliny. Oczywiście mowa tu o tych tylko torbielach zastojowych, w których ścianie nie rozwijają się żadne lub prawie żadne pierwotne sprawy rozrostowe (proliferacyjne.) — Podobieństwo znaleźć można i w innych sprawach chorobowych: przerostu serca np. nie spotykamy nigdy w tak ogromnych rozmiarach u osobników w ogóle niedokształconych, których serce z natury było małe, jak go widujemy u osobników bardzo silnie rozwiniętych, o dużem bardzo sercu.

[8]) Przegląd chirurgiczny 1897 8.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

Bechtierew: **Rozszerzanie źrenicy zależne od woli.** (Neurol. Wiestnik III. 1. według Gaz. hebdom.). Nie mogąc korzystać z oryginalnej pracy, podajemy ciekawe spostrzeżenie Bechtierewa według francuskiego źródła: Autor badając chorą, która skarżyła się na ogólne osłabienie i bicie serca, niepokojące ją bardzo w chwili, gdy się udawała na spoczynek, zauważył, iż chora była w możności dowolnie rozszerzać źrenicę prawą, a władzę tę posiadała, jak się okazało, od 5 lat. Z początku mogła to czynić tylko, pochylając się mocno ku przodowi i wpatrując się w przedmiot jakiś; później dochodziła do tej samej władzy siłą woli, doznając przy tem dziwnego wrażenia w oku prawem. Celem doprowadzenia źrenicy do rozmiarów prawidłowych, w jakich się poprzednio znajdowała, potrzebuje chora tylko kilka razy oczy przymrużyć.

Siła nastawcza obu ócz była równa, rozszerzanie się źrenicy przy patrzeniu w dal było nieznaczne w porównaniu do rozszerzania się dobrowolnego. Objawu tego nie można sobie wytłumaczyć dowolnym wpływem powstrzymującym na ośrodek nerwowy dla zwieracza w obec tego, że brak wszelkiego mięśniowego przy tem kurczu, oraz że sprawa odbywa się tylko jednostronnie. Możnaby przypuścić, iż rozchodzi się przytem o wyobrażenie sobie przez chorą bólu lub bojaźni, ale osoba ta zachowuje zawsze przy tem zupełny spokój. Wykluczając więc powyższe sposoby tłómaczenia tego objawu, Bechtierew przypuszcza dowolne działanie, zwrócone wprost na pęczki spółczulne, od których rozszerzanie źrenicy jest zależnem, a za tem zdają się przemawiać dwie okoliczności: 1) w chwili rozszerzania się źrenicy odczuwa chora lekkie wystąpienie gałki i rozszerzenie szpary powiekowej, jak wiadomo zależne także od wpływu n. spółczulnego na mięsień Müllera (musculus palpebralis superior). (Ref.); 2) raz rozszerzona źrenica w tym stanie pozostaje, a powraca do dawnego dopiero przez kilkakrotne zamykanie oka.

Ostatecznego powodu tego dziwnego zjawiska dopatrywać się trzeba w istniejącym stosunku zobopólnym między ośrodkiem psychicznym, a ośrodkiem unerwiającym rozwieracz źrenicy. *Bol. Wicherkiewicz.*

Dr. Karol v. Hoffmann: **Przyczynek do poznania przepuklin wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* T. 45). Autor podając 9 przypadków przepukliny wyrostka robaczkowego z kliniki Alberta, zwraca uwagę, że zdarzają się one w ogóle u osobników młodych płci męskiej; są w przeważnej części wrodzone, a wyjątkowo tylko dają objawy uwięźgnięcia. Rozpoznanie jest trudne; ale przy dokładnem badaniu — możliwe. Leczeniu radykalnemu towarzyszyć winna zawsze resekcya wyrostka robaczkowego, bez względu na to, czy przy operacyi znaleziono w nim jakie zmiany, czy też nie. *St. D.*

Dr. Eugen Voswinckel: **O leczeniu zastarzałych otoków opłucnowych zapomocą rozległych resekcyj żeber.** (*D. Z. f. Ch.* T. 45.) V. zestawia 129 przypadków zebranych z literatury operacyi, ogólnie znanej pod nazwą torakoplastyki Estlandera, do nich dodane 6 własnych przypadków i, na podstawie tego zestawienia, przychodzi do

wniosku, że operacya ta, wobec starych otoków, jest skuteczna nawet u osobników gruźliczych; za wskazanie uważa uporczywość otoku, a za przeciwskazanie tylko ostateczne wycieńczenie chorego; operacyę poleca wykonywać radykalnie, przy czem należy usunąć jak najdokładniej zgrubiałą tkankę międzyżebrową, a ujemnych skutków, — jak skrzywienie kręgosłupa, zniekształtnienie klatki piersiowej, jakoteż zmian czynnościowych kończyny górnej, nie należy się zdaniem autora obawiać. *St. D.*

Rubeska. **O ochronie międzykrocza przy wytaczaniu główki następującej** (*Centralbl. für Gynäkologie* 1897, Nr. 19). Przy wytaczaniu główki następującej zanadto mało zwraca się uwagi na ochronę międzykrocza, poświęcając je ze względu na szybkie uwolnienie główki, a przecież ochrona międzykrocza ma tożsamo znaczenie, co przy główce poprzedzającej. Dlatego autor podaje swój łatwy do wykonania sposób. R., w chwili urodzenia się główki dziecka po usta, chwyta ręką, która spoczywała na karku dziecka, za nożki i unosi je silnie ku górze, następnie, stanawszy z boku, układa wyprostowane palce drugiej ręki na międzykroczu (podobnie jak przy wytaczaniu główki metodą Ritgena), a wielki palec wsuwa do ust dziecka i opiera go o wyrostek zębodołowy szczęki górnej. W ten sposób ułożoną ręką wytacza R. powoli główkę, podtrzymując równocześnie wyprostowanymi palcami napinające się międzykrocze. Ponieważ usta i nos dziecka są podczas tego wolne, dziecko może swobodnie oddychać, a nawet operujący jest w stanie usunąć palcem lub elastycznym cewnikiem śluz z krtani, nie spiesząc się nadmiernie z wytaczaniem główki. *Ww.*

Beuttner: **O miesieniu ginekologicznem w wysokiem ułożeniu miednicy.** (*Centralblatt für Gynäkologie* 1897, Nr. 19). B. poleca stósować mięsienie w pochyłem ułożeniu chorej z podniesioną wysoko miednicą, gdyż wtedy:

1) skośne mięśnie brzucha wolnieją zupełnie,

2) jelita, opadając ku przeponie, nie utrudniają mięsienia, szczególnie przy tłustych powłokach,

3) chore po takiem mięsieniu czują się mniej znużone,

4) macica wraz z przydatkami opada ku górze, a tem samem chore narządy stają się łatwiej dostępne dla ręki działającej od zewnątrz, wreszcie i lekarz sam mniej się męczy przy tem ułożeniu chorej. *Ww.*

Alföldi. **Kilka słów o cierpieniach płciowych u dziewcząt.** (*Wiener medicinische Presse*. 1897. Nr. 44). Autor zwraca uwagę na częste u dziewcząt dorastających cierpienia jajnikowe, które występują pod postacią zboczeń żołądkowych. Chodzi zazwyczaj w tych przypadkach o zapalenie jajników u osobników, dotkniętych wybitnemi zołzami. Cierpienie, rozwijające się powoli, charakteryzuje się bólami w krzyżach i lędźwiach, z początku występującymi tylko podczas regularności; z czasem bóle stają się ciągłymi, a peryody nieregularnymi, przechodzącymi niekiedy w wybitne krwawienia miesiączkowe (menorrhagiae). Prócz tego spotykamy objawy ze strony żołądka, jak brak apetytu, nudności, gniecenie w dołku podsercowym, zaparcie stolca i charakterystyczny ból w okolicy mostka. Przy badaniu *per rectum* napotyka się w takich przypadkach jajniki powiększone, przybierające jeszcze na wielkości podczas peryodu. Leczenie polega głównie na przebywaniu na świeżem powietrzu, kąpielach solankowo-jodowych i dobrem odżywianiu chorej. *Ww.*

Fasaon (Neapol.): **Kliniczne doświadczenia z kseroformem.**

(Referat z „*Arch. internat. di med. e chir.*" 1897 r.). Kseroform, podawany w ilości 4—7 grm. dziennie w zawiesinie gumowej, lub w opłatkach (0·50 co 2—3 godzin), okazał się świetnym przeciwgnilnym środkiem jelitowym, lepszym od dotychczas używanych: salolu, bensonaftolu, salicylanu bismutowego i t. d. W moczu ilość indykanu, który jest wykładnikiem spraw rozkładowych w jelitach, zmniejszała się znacznie; po kilku dniach nie można już było otrzymać z kału hodowli prątków okrężnicowego i durowego, a również jadowitość moczu i kału zmniejszała się bardzo. Środek usuwał w krótkim czasie biegunkę i inne objawy chorobowe ostrego, przewlekłego nieżytu jelitowego, oraz cholery swojskiej.

Znoszony był zawsze doskonale przez osoby starsze i dzieci i nie wywoływał nigdy uczucia gniecenia, lub wymiotów, owszem sprowadzał często uczucie ulgi.

Korzystny wpływ stwierdzono także w samozatruciach, śpiączce cukrzycowej i mocznicy. W gruźlicy jelit u dzieci sprowadzał kseroform, przynajmniej w połowie przypadków, znaczną poprawę, a nawet ustąpienie objawów klinicznych. Poprawa pojawiała się jednak dopiero po kilku tygodniach. Przy wrzodach gruźliczych krtani, zastósowany w postaci zadmuchiwań, działa kseroform kojąco i przeciwkrwotocznie i usuwa po paru miesiącach wrzody a nawet i nacieki. — W wypryskach, połączonych z ropieniem (*impetigo*) i przy wypryskach zołzowych, n. p. nosa, skutek był prawdziwie nadspodziewany.

Kseroform byłby więc środkiem przeciwgnilnym, swoistym przeciw wielu prątkom jelitowym, byłby środkiem ściągającym, wysuszającym, kojącym i przeciwkrwotocznym. *L.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie naukowe u 10 Grudnia 1897.

Przewodniczący kol. Wiczkowski. Członków obecnych 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Mehrer przedstawił przypadek złamania rzepki, leczony sposobem Stimsona.

Kol. Ziembicki zwrócił uwagę, że zupełnie podobna metoda została opisaną przed 6-ciu laty przez Bergera pod nazwą: *cerclage de la rotule.*

3) Kol. Ziembicki przedstawia:

a) Chorą, u której usunięto metodą Doyen'a macicę, dotkniętą jednocześnie włókniakiem i nabłoniakiem, a obok tego torbiel jajnika. Przebieg pomyślny, pomimo wielkich trudności operacyjnych.

b) Dziewczynkę, u której wykonano tracheotomię i faryngotomię Malgaigne'a, w celu usunięcia nowotworu, umiejscowionego ponad więzadłami głosowemi. Wewnątrzkrtaniowego sposobu operowania nie można było zastósować, ponieważ dziecko zachowywało się bardzo niespokojnie.

4) Kol. Głuziński Antoni. Przedstawienie preparatów wrzodu żołądka (z uwagami o krwotokach żołądkowych).

Po przedstawieniu ważniejszych dat ze statystyki wrzodów żołądka i przyczyn zejścia śmiertelnego w przebiegu tej choroby, omawia prelegent sprawę chirurgicznego leczenia krwotoków żołądkowych, kładąc nacisk na konieczność porozumienia się przedstawicieli medycyny wewnętrznej z chirurgami co do kwalifikowania przypadków krwotoków żołądkowych. Zdaniem mówcy leczenie powinno być powierzone chirurgowi przedewszystkiem w tym razie, gdy krwotoki nie są duże, lecz powtarzają się w małych odstępach czasu. W podobnych przypadkach chirurg może liczyć na opanowanie krwotoku i radykalne usunięcie cierpienia. Natomiast wielkie, nagłe krwotoki nie nadają się do podobnego leczenia, zwłaszcza te, których przyczyną są wrzody, usadowione w części odźwiernikowej. Wrzody te sięgają nieraz do trzustki i wątroby, a źródłem krwotoku bywa najczęściej przeżarcie ścian grubszej tętnicy. Wobec takich warunków technika operacyjna ma do zwalczenia ogromne trudności; odnalezienie broczącego naczynia w głębi nacieklych tkanek, uchwycenie i podwiązanie ziejącej tętnicy, wszystko to nastręczyć może przeszkody nie do przezwyciężenia. To też statystyka operacyj, podjętych w celu opanowania wielkich, bezpośrednio życiu zagrażających krwotoków żołądkowych, przedstawia się nie bardzo obiecująco, a to właśnie z tego powodu, że wrzody odźwierni-

kowe stanowią najczęstszą przyczynę obfitych krwotoków. Podobne krwotoki z wrzodów usadowionych w innych miejscach ściany żołądka, nie grożą już takiem niebezpieczeństwem i mniej trudności gromadzą przed chirurgiem.

W każdym poszczególnym przypadku wielkiego krwotoku żołądkowego należy przedewszystkiem rozważyć, gdzie umiejscowiony jest wrzód, stanowiący źródło krwawienia. Ważną, pod tym względem, wskazówką rozpoznawczą jest okoliczność, że przebieg krwotoków odźwiernikowych odznacza się najczęściej tem, iż wymioty krwawe są nieznaczne, wielka bowiem ilość krwi schodzi do jelit, choć przytem niedokrwawność zaznacza się wybitnie i czyni bezustanne postępy.

Streszczając przemówienie swoje, dochodzi mówca do następujących wniosków: Operacya jest usprawiedliwioną w przypadkach długotrwałych, nieznacznych, a częstych krwotoków. Chirurgiczne leczenie gwałtownych krwotoków z części odźwiernikowej nie zasługuje na polecenie; jest ono już bardziej uzasadnione w przypadkach większych krwotoków z wrzodów, umiejscowionych na ścianach żołądka.

Po przemówieniu przedstawił prelegent dwa preparaty wrzodów żołądka, pochodzące od osób, które uległy krwotokom żołądkowym.

Kol. Rydygier już przed 20 laty uznał krwotoki żołądkowe, jako wskazania do resekcyi żołądka. W razie wątpliwej lokalizacyi wrzodu, szerokie otwarcie jamy żołądkowej umożliwiłoby odnalezienie broczącego naczynia. Technika operacyjna nie jest tak bardzo trudną. Obkłócie głębokie, z uwzględnieniem przebiegu *art. pancreatico-duodenalis*, okazałoby się niewątpliwie środkiem dostatecznym do opanowania krwotoków odźwiernikowych. Statystyka dotychczasowych wyników operacyjnych nie jest przekonywającą, ponieważ obecnie chirurgowie mają do czynienia prawie wyłącznie z najcięższymi przypadkami — Szanse operacyi poprawiłyby się znacznie, gdyby krwotoki żołądkowe wcześniej poddawane były zabiegom chirurgicznym.

Kol. Wechsler zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze przy oznaczaniu lokalizacyi wrzodów żołądka i wyraża przekonanie, że, wobec dobrych wyników dotychczasowych sposobów leczenia (statystyka Leubego), pomocy chirurga szukać wypadnie tylko w bardzo wyjątkowych okolicznościach.

Kol. Ziembicki sądzi, że operacye, podejmowane w celu tamowania krwotoków żołądkowych, są połączone z wielkiemi trudnościami. Obkłówanie uważa, wobec kruchości tkanek w otoczeniu wrzodu, za sposób bardzo niepewny. Działalność chirurga w leczeniu wrzodów żołądka, powinna się ograniczyć na razie na paliatywnem postępowaniu, t. j. *gastroenterostomii* przy zwężeniach odźwiernika. Operacya ta zmniejsza skłonność do krwotoków.

Kol. Kadyi zwraca uwagę, że wobec anastomoz *art. pancreatico-duodenalis* z *art. mesenterica*, obkłócie nie może być uważane za pewny sposób tamowania krwotoków z głębszych tętnic.

Kol. Pisek sądzi, że operacyjne leczenie krwotoków żołądkowych nie prędko wyrobi sobie prawo obywatelstwa. Przeważna część wrzodów usadawia się na małej krzywiźnie; mówca przypuszczał, że przyczyną tego są różnice w unaczynieniu poszczególnych części ścian żołądka, badania jednak własne nie potwierdziły tego domysłu. Obkłócia broczącego naczynia nie należałoby się obawiać, bo tkanka w otoczeniu wrzodu nie jest kruchą, lecz przeciwnie, bliznowato stwardniałą.

Kol. Rydygier powtarza, że przyczyna dotychczasowych niepowodzeń chirurgów nie leży w trudnościach technicznych, lecz w tej okoliczności, iż tylko najcięższe, beznadziejne niemal, przypadki poddawane bywają operacyi.

Kol. Wehr uważa preparaty kol. Gluzińskiego za bardzo cenne dla chirurgów.

Kol. Gluziński streszcza ponownie wypowiedziane powyżej zapatrywania i zaznacza, że obkłówanie przeżartych naczyń było już niejednokrotnie wykonywane, z ujemnym jednak wynikiem.

5) Kol. Moraczewski. O zatrzymywaniu i nadmiernem wydalaniu azotu i soli mineralnych w organizmie.

Mówca zaznacza na wstępie różnicę, jaka zachodzi w zachowaniu się w organizmie ciał organicznych i nieorganicznych, przypisując pierwszym większą czułość na zmiany, ostatnim trwalszy i poważniejszy wpływ.

W omawianiu zamiany azotu rozróżnia mówca zatrzymywanie azotu normalne — regeneracyja, zgłodnienie — i patologiczne — brak desasymilacyi. — Nadmierne wydzielanie nie wykazuje różnic takich dotąd i świadczy zawsze o zaniku białka.

Zatrzymywanie chlorków polega najprawdopodobniej na zmianach w osmotycznem ciśnieniu, które przez uwodnienie organizmu zachodzi. Uwodnienie dało się dowieść zarówno przez zamianę materyi, jak i przez badanie organów po śmierci. Uwodnienie dotyczy wszelkich organów i dlatego zatrzymywanie chlorków przy wszelkich chorobach się spotyka. Wielkość ich zatrzymania zależy może od wielkości organu. Badanie krwi dałoby może pewne wskazówki. Nadmierne wydzielanie chloru spotykane w cukrzycy i wszelkiej poliuryi, mało jest dotąd badane.

Zatrzymanie fosforu i cała zamiana fosforu w organizmie dotąd wcale badane nie było, oprócz w chorobach kośćca. Autorowi znany jest przypadek leukemii, w której fosfor w wielkiej ilości zatrzymywany bywał i przypadek pseudoleukemii (lymphosarcomatosis), w której wydzielany był nadmiernie. Obok tych wypadków znanem jest nadmierne wydzielanie fosforu w cukrzycy.

Wapno w ostatnich latach zachowaniem swem zainteresowało licznych badaczów. W organizmie zatrzymywane bywa w tych przypadkach, w których inne sole nadmiernie są wydzielane, albo normalne zachowanie zdradzają.

O solach sodu i potasu, o ile takowe badane były, można przypuszczać, że pierwsze idą w parze z chlorem, a drugie z fosforem, nb. fosforem rozpuszczalnym, nie fosforem ziem alkalicznych.

Mówca uważa wyniki dotychczasowych badań za cenne wskazówki leczenia. Sole chlorku wpływają dodatnio w przypadkach zatrzymywania chloru w organizmie. Sole wapna w przypadkach nadmiernego wydzielania tego metalu. Wreszcie w przypadkach zatrzymywania azotu gruczoł tarczykowy okazał wpływ doniosły na cały organizm. Za dalszy wynik badań uważa mówca prawo parodoksalnego zachowania się soli, zmniejszenie się wydzielania pod wpływem dodawania składnika, wydzielanego nadmiernie, albo wydzielanie obfitsze pod wpływem zmniejszania ilości wchodzącego w grę składnika. (Streszczenie własne).

6) Kol. Szpilman przedstawił nowy sposób fotografowania kultur bakteryj i własnego pomysłu epruwetki do hodowli kreskowych.

Sekretarz: *Dr. Feuerstein.*

VII. KORESPONDENCYE.

Z Syberyi.

Miniona zima, wiosna i lato wyróżniały się wyjątkowo znaczną obfitością opadów, co nie mało wpłynęło na rozwój i szerzenie się grasujących tu chorób zakaźnych. Epidemie rozpoczęła ospa, która od paru lat panowała z wielką siłą tak w wielu wsiach kraju Zabajkalskiego, jak i w sąsiedniej Mongolii. Mongołowie i Chińczycy na pograniczu nie używają żadnych środków zapobiegawczych przeciw rozwojowi grasujących chorób zakaźnych; nic też dziwnego, że ospa w roku bieżącym przybrała na wschodzie Syberyi tak wielki rozwój, nie szczędząc i szczepionych. Ludność tutejsza, pomimo ułatwień, niechętnie poddaje się szczepieniu ochronnemu przeciw ospie i jest pod tym względem wielce niedbałą. Samo szczepienie nie zawsze daje tu wyniki dodatnie, gdyż na miejscu brak dobrej krowianki i trzeba ją sprowadzać aż ze wschodnich gubernij Rosyi europejskiej, lub nawet ze stolic; zanim więc dojdzie do miejsca swego przeznaczenia, często rozkłada się i psuje w ciągu długiej podróży, a zdarza się, że nie zawsze świeża bywa wysyłana. Założenie miejscowego zakładu krowiankowego z prywatnej inicyatywy widocznie się nie opłaca, a utrzymywane przez zarządy miejskie i gminy, nie odpowiadają zupełnie swemu przeznaczeniu. Począwszy od zimy, zaczęły się tu pojawiać coraz częstsze przypadki błonicy, nie przybierając jednak cechy epidemicznej. Szczepienie surowicy przeciwbłoniczej stosują lekarze tylko po miastach, gdzie ją sprowadzają z petersburgskiego instytutu medycyny doświadczalnej. Pomimo zastósowania surowicy w kilkunastu przypadkach cięższych nastąpiła śmierć, postacie lżejsze zakończyły się wyzdrowieniem. Surowica zastósowywana na Syberyi nie mogła być śwież-

szą, nad 1½—3 miesięczną, licząc od chwili wysłania jej z zakładu.

Wiosną wybuchła silnie epidemia odry i krztuśca, a latem, od końca czerwca, przyłączyły się do nich letnia biegunka i czerwonka. Te dwie choroby corocznie zresztą zabierają tu ogromny odsetek dzieci, szczególnie osesków, a podczas ostatniej epidemii odra łączyła się często z krztuścem, czerwonką i biegunką letnią, co znacznie pogarszało przebieg pierwotnej choroby i zwiększało jeszcze śmiertelność. Choroby wyżej wymienione nawiedziły szczególnie ludność rosyjską, osiadłą po miastach i wsiach; mniej cierpieli mieszkańcy rozsiani na ogromnych przestrzeniach, którzy pomimo wielce niehigienicznych warunków, w których żyją w swych jurtach wspólnie z trzodą i bydłem, wychodzą w takich razach obronną ręką, dzięki takim dobroczynnym czynnikom naturalnej desinfekcyi, jak silne tu panujące wiatry i suszące działanie iskrzących się promieni słonecznych. Zauważono jednak, że naruszenie zwykłej suchości, przynależnej tutejszemu lądowemu klimatowi, w obfitości opadającej wilgoci, nie uchodzi bezkarnie.

Z wprowadzeniem wielkiej reformy sądowej nastąpiła do pewnego stopnia nowa era w życiu Syberyi. Nie tylko zmienił się tryb postępowania w sprawach cywilnych, lecz co ważniejsze, nowe sądy jeszcze większy wywrą wpływ na przebieg spraw kryminalnych, które również jak i los tysięcy, skazanych na deportacyę, do niedawna pozostawały w ręku policyi. Z wprowadzeniem nowego sądownictwa przeszła przeważna część spraw sądowo-lekarskich z rąk policyi do sędziów pokoju i sędziów śledczych. I bez tego już mała rola, jaka przypada w udziale lekarzom, jako biegłym, w sprawach kryminalnych, jeszcze bardziej malała w ręku śledczego-policyanta, zazwyczaj stojącego zbyt nisko moralnie i umysłowo. Stosunek lekarzy do policyi do niedawna bywał tu wielce przykrym i orzeczenia sądowo-lekarskie, przy redagowaniu których lekarz jest tylko narzędziem w ręku śledczego, wychodziły nieraz zmienione i przekręcone do niepoznania. Nie raz w podobnych okolicznościach bywały zajścia pomiędzy lekarzem i policyą. Wiadomo, że kobiety deportowane na Syberyę, na mocy wstawiennictwa królowej Wiktoryi do zmarłego cesarza Aleksandra III, zwolnione zostały przed kilku laty od chłosty; mężczyźni do ostatniego czasu karom tym podlegają. Otóż wielce drażliwą aż do ostatnich czasów była rola lekarza, zmuszonego orzec na wezwanie policyi, czy aresztant lub osiedleniec może znieść chłostę, a nieraz bywał lekarz zapytywany i o wymiar takowej. To pytanie, nie licujące z powołaniem lekarza, wywoływało nieraz protest sumienia. Chociaż dotąd chłosta urzędownie nie została zniesioną, w każdym razie wyjętą została z pod kompetencyi policyi i niedaleki już czas, że zupełnie zostanie skasowaną, gdyż nietylko głosy towarzystw lekarskich i pojedynczych lekarzy, lecz i głośnych prawników tego się domagają, tem więcej, że zarząd więzienny przeszedł obecnie do zakresu ministeryum sprawiedliwości, które troszczy się o polepszenie losu uwięzionych. Jeden z wybitniejszych współczesnych prawników rosyjskich, senator Koni, skreślił w ostatnich kilku numerach miesięcznika *Wiestnik Ewropy* idealny typ więziennego lekarza, Dra Haase, jednego z obrońców praw ludzkich w skazańcu, a którego autor stawi obok wielkiego reformatora więzień, Howarda. Nie weźmiecie mi za złe, że tę wspaniałą postać lekarza-filantropa w kilku słowach opiszę w piśmie Waszem. Dr. Haase, niemiec, wychowaniec uniwersytetu wiedeńskiego, przybył w początkach bieżącego stulecia do Moskwy i wkrótce zdobył sobie ogromne powodzenie, jako biegły lekarz-praktyk. W najprzedniejszych kołach towarzyskich Moskwy stał się on pożądanym gościem i wyróżnianym lekarzem. Po pierwszych latach wielkiego powodzenia niezadowolniły młodego lekarza dobrobyt osobisty i sympatya ogółu; z zamożnych sfer zagląda on w te zakątki miasta, gdzie gnieździ się ubóstwo, a z niem i występek; podaje rękę pomocy do ratowania tych zapomnianych, a z biegiem czasu opuszcza bogatych i szczęśliwych i, idąc za głosem serca, przenosi się do maluczkich i poniżonych. Obowiązek lekarza więziennego w więzieniu centralnem Moskiewskiem, gdzie tysiące ludzi odbywało karę, a jeszcze większa ich liczba przechodziła z obszernego państwa na dalekie wygnanie, dał możność Haasemu rozwinąć szeroko swoją filantropijną działalność. Korzystając z dawnych swych towarzyskich stosunków, starał się on wyrobić dla więźniów coraz lepsze położenie, bardziej ludzkie z nimi obchodzenie się, zbierał składki na zaspokojenie ich skromnych potrzeb, rozdawał im nietylko pieniądze, odzież i pożywienie na drogę, ale i pomoc moralną; redagował i wydawał różne książki treści moralnej i religijnej, rozdając je więźniom. Haase rozpytywał się dokładnie każdego więźnia o jego rodzinę i kraj, pocieszał strapionych, płakał nad losem niepoprawnych, pamiętał on i o narodowości więźniów i o ich potrzebach duchowych; Polacy, zsyłani drogą na Moskwę, doświadczali też nie mało współczucia i pomocy od tego lekarza-filantropa. Haase, nie posiadając własnej rodziny i obowiązków osobistych, pojął szeroko miłość bliźniego; więzienie, w którem pełnił obowiązki lekarza przez lat przeszło czterdzieści, stało się jego przybytkiem rodzinnym; przygarniał on do swego serca tysiące nieszczęśliwych i wykolejonych i to mu wypełniało życie. Lecz pomimo zaparcia się osobistych widoków i celów, żyjąc tylko dla bliźnich, Haase przez cały czas swego urzędowania musiał jeszcze walczyć w obronie więźniów. Gruba i chciwa wzbogacenia się administracya więzienna nie raz krzywdzi więźniów. Skromne stanowisko więziennego lekarza Haase podniósł swoim altruizmem do tego, że był postrachem dla dozorców i starano się kilkakrotnie go pozbyć. Wtenczas poruszał Haase wszelkie sprężyny swoich stosunków, a takowych posiadał nie mało; imię jego znane było powszechnie i Haasego nie ważono się ruszać z jego stanowiska. Cesarz Mikołaj I znał Haasego osobiście z próśb podawanych do niego w obronie uwięzionych. Dzięki Haasemu wprowadzono do więzienia wiele zmian, mających na celu ulżenie losu uwięzionych, pomiędzy innemi zniesiono przykuwanie więźniów, udających się w drogę, do wspólnego drąga; dawne kajdany, raniące niemiłosiernie ręce i nogi, zastąpiono bardziej lekkiemi, zrobionemi według modelu Haasego, który ich użycie przez czas długi na samym sobie wypróbował. Komitet więzienny, którego Haase był członkiem, wciąż był zarzucany nowemi propozycyami przez naprzykrzonego doktora. Członkowie tego komitetu postarali się usposobić ówczesnego metropolitę moskiewskiego na niekorzyść Haasego. W czasie jednego z posiedzeń, jak powiada senator Koni, kiedy metropolita oponował zdaniu, wyrażonemu w obronie aresztantów, Haase mu zauważył śmiało, że Chrystus tak nie nauczał. Jeżeli nie zjednał dla siebie Haase sympatyi w kole administracyi więziennej, z którą wciąż walczył, za to pozostał osobistością czczoną i nadzwyczajnie popularną pośród tysięcy więźniów. W ostatnich latach życia, ostatecznie zapomniawszy o swych osobistych potrzebach, żył tylko dla więźniów. Umarł w r. 1848 nic nie pozostawiwszy i ubogo pochowany na katolickim cmentarzu. Lecz imię Haasego żyć nie przestało. Znanem ono długo było pod nazwą świętego doktora w świecie zesłańców, a wiele lat po jego śmierci, jak to opowiadał senatorowi Koni b. gubernator tobolski, ś. p. Arcimowicz, zapytywano go gdzieś na brzegach Obi, czy żyje jeszcze w Moskwie „święty doktór“. W Nerczyńskiej katordze dotąd pamięć Haasego jeszcze nie wygasła; pali się tam dotąd lampa przed obrazem, ufundowanym ze składek zesłańców, na intencyę lekarza-filantropa.

Dr. Jan Iłgowski.

VIII. Zjazd higienistów niemieckich odbyty w Karlsruhe od 14 do 17 listopada b. r.

Zestawił

Dr. J. Buszek,

fizyk m. Krakowa.

(Ciąg dalszy).

Następnie Prof. Dr. Nussbaum zdał sprawę z „korzyści budowania szkół systemem pawilonowym dla dalszych obwodów miejskich“ w następujących wnioskach:

1) W porównaniu do systemu korytarzowego przedstawia budowa szkół systemem pawilonowym następujące zalety:

a) Plac, mający się wybrać zaraz obszerny pod budowę, nadarza sposobność do wolnych zabaw młodzieży i t. p.

b) Dla każdej klasy można założyć oddzielny dziedzińczyk, bez zmniejszania dostępu światła i powietrza. Drzewa mogą dać cieniste miejsce dla wypoczynku, a trawniki wolne od kurzu.

c) Wielkość placu i sposób budowania dają razem tę korzyść, że szkołę można każdego czasu rozszerzyć. Z początku nie potrzeba stawiać więcej sal, aniżeli ich przy otwarciu szkół potrzeba.

d) Przeszkadzanie w nauce z powodu położenia klasy tuż przy klasie, albo jednej nad drugą, ogranicza się do najmniejszych rozmiarów.

e) Odpowiednio do rozmaitej liczby uczniów, sale szkolne mogą mieć rozmaite wymiary, przez co możebną jest istotna oszczędność. W budynkach dzisiejszego systemu to urządzenie daje się z trudnością osiągnąć, ponieważ wielkość sal parterowych decyduje o wymiarach, te zaś mają służyć wyłącznie dla mniejszych uczniów, aby im oszczędzić trudu wspinania się po schodach.

f) W razie pojawienia się choroby zaraźliwej potrzebne może zamknięcie dwuklasowego budyneczku da się łatwiej przeprowadzić i z mniejszem zaburzeniem porządku aniżeli, gdyby cały zakład zamknięto.

Rozdział między rodzinami urzędników i służby, zamieszkałemi w budynku szkolnym, a uczniami, z góry jest zapewniony, ponieważ dla tych stawia się osobny budynek, bez sal szkolnych, z wejściem wprost na ulicę.

g) Schody są niepotrzebne i budynki w razie niebezpieczeństwa, dadzą się w najkrótszym czasie opróżnić, w ostateczności przez okna mało ponad ziemię wzniesione.

h) Przewietrzanie przy takiej budowie stanowczo jest łatwiejsze, dobroć dopływającego powietrza większa, gdyż wolny ogródkowy plac może ochładzać i z kurzu oczyszczać powietrze.

i) Przystęp dla światła dziennego (przy należytym planie) do sal szkolnych nigdzie nie jest utrudniony.

k) Szkoły dla chłopców i dziewcząt mogą stanąć na tym samym gruncie, nie stykając się ze sobą, albo mogą być wszystkie (rozmaite) szkoły pewnej dzielnicy miasta połączone na jednym gruncie, a przecież zupełnie oddzielone, gdy się wejścia do nich robi od rozmaitych ulic. Przez to uzyskuje się rozległy, jednolity plac, którego zalety, co do powietrza i światła, w stosunku do jego wielkości wzrastają, podczas gdy dla danej dzielnicy miasta może służyć poniekąd „za płuca“, a nie dające się ominąć niedogodności dla sąsiedztwa ze strony szkoły sprowadza do minimum.

2) Zarzuty, podnoszone przeciw temu sposobowi budowania pod względem gospodarczym, upadają wobec takiej budowy w Ludwigshafen nad Renem, zwłaszcza, jeżeli się we właściwym czasie nabywa grunta.

Następnie przekonano się także, że opalanie sal szkolnych, stojących wolno z trzech stron, bezpośrednio nad ziemią, nie przedstawia żadnych trudności, ponieważ ich budowa liczyła się z tymi stosunkami.

3) Niedostatki, dające się uczuć obecnie w naszych szkołach — jak ciasnota i brak powietrza, można ominąć przy tym sposobie budowania, jeżeli się namyśli powałę do kleszczy dachowych podnieść, a bezpośrednio nad oknami znajdującą się część dachu zużytkować na oświetlenie górne. Przez to będzie możebnem uzyskać głęboką przestrzeń, która pozwoli ustawić siedzenia bez obawy o niedostateczne oświetlenie miejsc dalszych od okien, podczas gdy bez większych wydatków uzyskuje się znaczniejszą wysokość sal.

Budowniczy Ott sprzeciwia się wywodom sprawozdawcy i przemawia za szkołami piętrowemi, gdyż sądzi, że szkoły piętrowe przedstawiają takie same zalety: a nawet większe aniżeli pawilonowe. Tajny Radca Battlehner uważa system budowania szkół, jak w Ludwigshafen, za system przyszłości; tylko nie zgodziłby się na zakładanie wychodków w sposób przez sprawozdawcę proponowany. Wielkie budynki szkolne utrzymają się, bo i te mogą być praktyczne, mogą mieć wiele światła i powietrza i tańszy ich zarząd. Schneider sprzeciwia się systemowi pawilonowemu w wielkich miastach także ze względów gospodarczych.

Piąty przedmiot obrad stanowiło: „Odwietrzanie mieszkań pod względem teoretycznym i praktycznym“.

Za podstawę do rozpraw podano następujące wnioski:

1) Zasady, co do odwietrzania mieszkań, wypowiedziane w roku 1890 przez Profesora Gaffkyego i objaśnione bliżej w jego referacie na Zjeździe niemieckiego stowarzyszenia higienicznego, należy także obecnie uważać, jako jeszcze w zupełności mające znaczenie.

2) Tymczasem trzeba przyznać, że większa część gmin poczyniła zarządzenia, które umożliwiają stosować odwietrzanie mieszkań.

3) Stosowane dotąd postępowanie i przepisy, co do wykonywania odwietrzania mieszkań, dadzą się przecież jeszcze w wielu kierunkach ulepszyć.

I tak jest do życzenia:

a) Aby w przepisach co do odwietrzania i jego wykonywania brano więcej w rachubę, aniżeli dotąd, naturę i sposób szerzenia się rozmaitych chorób zaraźliwych, jak nie mniej miejscowe stosunki; głównie zaś, odmiennie od obowiązującego regulaminu co do odwietrzania mieszkań, będzie można desinfekcyę ograniczyć tylko na pewną część izby chorego.

b) Ocenienie, jak rozległem ma być w danym razie odwietrzenie, o ile to jest możebnem, należy pozostawić lekarzowi.

c) Należy więcej aniżeli dotąd baczyć na to, aby odwietrzanie odbywało się w należytym czasie, aby po niem nie zakażało się na nowo mieszkanie. To rozstrzygnie w cholerze i błonicy kilkakrotne badanie bakteryologiczne, w innych chorobach zakaźnych lekarz powinien ten czas w każdym przypadku oznaczyć.

d) Należy starać się o to, aby podczas odbywania odwietrzania właściciele mieszkania nie rozwlekali zarazy.

Wnioski koreferenta, burmistrza starszego Zweigerta:

1) Odwietrzanie mieszkań po chorobach zaraźliwych, chociaż w niemieckich prowincyach, okręgach miejskich i gminach częściowo już zarządzone od dziesiątków lat, czy to na drodze ustawodawstwa, czy też rozporządzeń policyjnych z urzędu, było jednak w stosunkowo małym rozmiarze i nie bardzo odpowiednio przeprowadzane i dozorowane. Przeciwne sprawozdania polegają po największej części na łudzeniu się i błędach.

2) Zjawisko to nie wypływa z niedostatecznego wypełnienia obowiązków ze strony władz obowiązanych do wykonywania ustaw i rozporządzeń, lecz winą tego jest ta okoliczność, że konieczności i pożytku desinfekcyi mieszkań dotąd nauka nie udowodniła dostatecznie dla wszystkich chorób zaraźliwych, wymienionych w ustawach i rozporządzeniach policyjnych, że zapatrywania, co do skuteczności zalecanych środków, często się zmieniały, że wykonywanie odwietrzania z powodu kosztów i innych, z natury rzeczy wypływających powodów, jest nadzwyczaj utrudnionem.

3) Co do pytania, jak należy zapobiegać szerzeniu się chorób zaraźliwych przez mieszkania zakażone, to nie wiele wartości przypisywano używaniu chemicznych i innych sztucznych i kosztownych środków. W wielu przypadkach wystarczy jak najdokładniejsze oczyszczenie i przewietrzenie izby chorego, aby usunąć niebezpieczeństwo zarażania, a przynajmniej znacznie je osłabić. Lecz wszędzie środek ten będzie zdolny poprzeć skutecznie zarządzane odwietrzanie mieszkań. Należy przeto ludność pouczyć, że czystość i przewietrzanie, to najpewniejsze i najlepsze środki odwietrzające.

4) Chociaż należy uznać z wdzięcznością, że ze strony nauki, osobliwie w najnowszych czasach, wiele zrobiono, aby odwietrzanie mieszkań sprowadzić do koniecznej miary i zrobić je skutecznem, to przecież w tym kierunku koniecznym jest dalszy postęp. Będzie to bowiem rzeczą nauki dowieść, że przecież samo oczyszczenie i przewietrzenie izby chorego nie wystarcza do niszczenia zarazków. Ma ona zapomocą

badania bakteryologicznego niezbicie dowieść, że w chorobach, mających się dokładnie oznaczyć, zwykły na ścianach, sufitach i podłogach miejsc, za zakażone uznanych, znachodzić się po ukończeniu choroby zarazki, i że te, zapomocą dokładnego przewietrzenia i oczyszczenia, nie dadzą się zniszczyć. Dalszem zadaniem nauki jest zaproponować jak najprostsze i niekosztowne, zresztą także nieszkodliwe środki dla zniszczenia zarazków i dowieść ich skuteczności.

5) Tylko w tych chorobach zaraźliwych, w których pod 4) żądany dowód złożono i dla których środki pod 4) wymienione są do użycia, szczegółowe odwietrzanie mieszkań w drodze rozporządzeń policyjnych raz na zawsze z urzędu należy zarządzić i dozorować, lecz i wtedy jeszcze na teraz stosować je tylko dla większych, ludnych gmin, gęsto zamieszkanych. Na wsi i w małych wiejskich gminach zabudowanych nie gęsto i z mieszkaniami dostatecznemi, należy uważać za dostateczne gruntowne oczyszczenie i przewietrzenie izby chorego w przypadkach pod 4) wymienionych.

6) Jeżeli szczegółowe odwietrzanie mieszkań dla jakiej gminy zarządzono w drodze rozporządzenia policyjnego, wtedy potrzeba żądać, aby było porządnie wykonane, a do tego potrzeba:

a) Aby wybrano stósowny czas do odwietrzania. W tym celu należy rozważyć, czy to uchodzi, aby w mających się wydać rozporządzeniach nałożono na zarządy domów i lekarzy obowiązek donoszenia władzy policyjnej nietylko o zachorowaniu, ale także o zakończeniu choroby, w której należy dokonać odwietrzenia mieszkania.

b) Aby wykonania desinfekcyi i dozoru nad nią nie poruczano jedynie lekarzowi ordynującemu, a tem mniej podrzędnemu organowi policyjnemu, ale raczej, aby w tym celu ustanowiono osobnych desinfektorów, nad którymiby dozór i kontrolę powierzono właściwym do tego należycie pouczonym wyższym policyjnym urzędnikom.

Referent sprawy Prof. Dr. Esmarch ze stanowiska teoretycznego zbija zarzuty główniejsze, jakie podnoszą wogóle przeciwko desinfekcyi przymusowej. I on nie żąda, aby we wszystkich chorobach zakaźnych przeprowadzano ją przymusowo, wyjąwszy w wielkich domach czynszowych i hotelach. Rozwodzi się nad skutecznością formaliny tak rozpuszczonej w wodzie, jako też w postaci gazu, środka nie przedstawiającego żadnego niebezpieczeństwa i objaśnia rozmaite sposoby jej stósowania. Lecz odwietrzanie zapomocą niej jest tylko powierzchowne i nie działa skutecznie na bardzo zakażone przedmioty. Z zadowoleniem zaznacza, że w wielu miastach i wioskach wydano pewne przepisy, co do desinfekcyi. Wreszcie zastanawia się mówca nad pytaniem, gdzie umieszczać mieszkańców w czasie odbywania desinfekcyi, osobliwie po wsiach?

Koreferent Zweigert, starszy burmistrz, kładzie na wstępie nacisk na to, że zachodzi pytanie, jakich środków trzeba użyć, aby mieszkanie zakażone stało się zdatnem do zamieszkania i czego w tej mierze domaga się teorya, a praktyka jak się zachowuje wobec wymogów teoretycznych. Niestety on nie przyznaje, aby pod tym względem zrobiono znaczny postęp. Tak w większej części miast, wyjąwszy większe miasta, utrzymuje się w mocy przestarzały regulamin państwowy z r. 1835. podczas gdy w nowych prowincyach wydają nowe przepisy w ślad za rozporządzeniem berlińskiem z r. 1857. Jeżeli przepisy te są rozmaite, to wykonanie ich jeszcze więcej wykazuje odmian. Chociaż dzięki nauce wiele zrobiono, aby desinfekcyę mieszkań sprowadzić do właściwej miary, jak nie mniej, aby była skuteczną, to przecież pod tym względem jeszcze oczekiwać musimy dalszych wskazówek. Żąda on, aby badanie bakteryologiczne niezbicie dowiodło, że w chorobach zakaźnych, mających się ściśle oznaczyć, zarazki pozostają na ścianach, suficie, podłodze i że ich żywotności nie pozbawia przewietrzanie i oczyszczanie mieszkań.

Jeżeli w drodze rozporządzeń policyjnych gmina zarządzi desinfekcye mieszkań, wtedy należy żądać, aby one były należycie wykonane, a do tego potrzeba:

a) Aby wybrano stósowny termin dla desinfekcyi. W tym celu należy rozważyć, czy to uchodzi, aby nakładać na zarządy domów i lekarzy obowiązek donoszenia nie tylko o zachorowaniu, ale także o wyzdrowieniu chorego, którego mieszkanie potrzeba odwietrzyć.

b) Aby wykonywania desinfekcyi mieszkań i kontroli nad nią nie poruczano wyłącznie lekarzowi ordynującemu, a tem mniej podrzędnemu organowi policyjnemu, tylko należy w tym celu ustanowić osobnych desinfektorów i do ich kontroli wyznaczyć tylko stósownych, t. j. odpowiednio pouczanych wyższych urzędników policyjnych.

W dyskusyi Dr. Pfuhl wyjaśnia, że samo przewietrzanie, jako środek desinfekcyjny jest niedostateczne. Prof. Fränkel ostro zbija wywody koreferenta, którego poglądy nie mają żadnej naukowej podstawy. Jeżeli jeszcze są pewne niedostatki co do desinfekcyi, to stara się o to nauka usilnie, by je poprawić. Prof. Schottelius i Radca Kübler podobnież i Prof. Gaffky występują przeciwko wywodom koreferenta, wykazując, że oczyszczanie pomaga desinfekcyi, ale jej zastąpić nie może. Tajny Radca Pistor wywodzi, że co do sposobu desinfekcyi nie można podawać stałych norm na drodze ustawodawczej, gdyż na tem polu nauka wykazuje ciągłe postępy. Dr. Schmidtmann uważa za wskazane, aby ze zjazdu wyszła pobudka do wydania ogólnej ustawy o zarazach. Prof. Gärtner wyraża ubolewanie, że jeszcze przy końcu 19. wieku są ludzie, którzy uprawnienia desinfekcyi nie uznają i żąda dokładnej desinfekcyi dozorowanej przez lekarza, nie policyanta. Starszy burmistrz Fuss, jako pośrednik między teoretykami a praktykami, żąda, aby praktyka podawała wskazówki i wątpliwości, a teorya, aby je uzupełniała i wyjaśniała. W odpowiedzi koreferent przeczy, jakoby był przeciwnikiem desinfekcyi, zwraca się w swem przemówieniem poważnem, a w części i humorystycznem, przeciwko Prof. Fränklowi i Gärtnerowi.

(Dokończenie nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie okręgów sanitarnych.

W Nrze 51. „Przeglądu lek.“ z r. 1897., umieszczona została krytyka instytucyi okręgów sanitarnych w Galicyi, z której wynikałoby, że okręgi te chybiły zupełnie celu i zawiodły nadzieje, jakie w nich Sejm krajowy pokładał.

Otóż stanowczo zaprzeczyć należy, jakoby kraj nasz na okręgach sanitarnych nic nie zyskał. Że mało zyskał — to prawda, — ale też już w założeniu samej instytucyi, w jej organizacyi, z góry tyle było wad, że *à priori* można było przewidzieć, że tego wszystkiego, co ustawa wymagała, wypełnić absolutnie nie będzie można. Korzyści wprawdzie jest mało, ale że są, to także zaznaczyć należy.

Na siedziby dla lekarzy okręgowych przeznaczone zostały w pierwszym rzędzie takie miejscowości, w których stosunki zdrowotne są najniepomyślniejsze i w których albo nie ma żadnych lekarzy, albo też jest ich za mało w stosunku do liczby ludności. Jeśli lekarz okręgowy przebywa w jakiejś lichej mieścinie lub na wsi, skąd parę mil oddalenia do siedziby innego lekarza, to czyż nie jest to z korzyścią dla mieszkańców okolicy bezpośredniej, zwłaszcza dla mniej zamożnych i biednych, że mają tego lekarza taniej, bo blisko? A czyż lekarz okręgowy, wypełniając sumiennie instrukcyę służbową, która nakazuje mu nieść pomoc chorym ubogim, bezpłatnie rozwiązywać trudniejsze porody u ubogich rodzących, odwiedzać chorych na zakaźne choroby, pouczać o desinfekcyi — nie wypełnia bodaj w części tych nadziei, jakie Sejm, przy tworzeniu okręgów sanitarnych, w nim pokładał? A jeżeli, jak to często gęsto bywa, lekarz okręgowy, osiedlony w takiej nieponętnej miejscowości, gdzieby żaden inteligentny człowiek z równorzędnem wykształceniem przebywać stale nie chciał, utrzymuje jeszcze i aptekę domową, z której znowu korzystają mniej zamożni i biedni, czyż nie jest to pewnem dobrodziejstwem dla mieszkańców owego okręgu sanitarnego? A sprawdzanie epidemii w samych początkach, a prostowanie błędnych, bo przez gminy dotychczas wypełnianych wykazów statystyczno-sani-

tarnych, czyż tego niemożna nazwać dodatnią stroną działalności lekarzy okręgowych? Przypuszczać należy, że obok innych zamiarów, przy tworzeniu okręgów sanitarnych, był i ten, aby ludności w okolicach najbardziej lekarzy pozbawionych i zaniedbanych, zapewnić szybką i tanią, a dla ubogich nawet bezpłatną, pomoc lekarską. Zamiar ten w zupełności został osiągnięty. Co innego w podniesieniu i naprawie stosunków publicznej zdrowotności. Że w tym kierunku działalność lekarzy okręgowych bardzo małe wydaje owoce, to prawda. Zgodzić się trzeba z kol. Sawickim, iż złe tkwi głównie w wadliwej organizacyi, braku egzekutywy rozporządzeń, w braku oświaty u ludności, jak to słusznie w Nr. 2. „Przeglądu lekarskiego“ kol. Ferensiewicz zauważył, a ja dodam i w nędzy naszego ludu i macoszem traktowaniu lekarzy okręgowych przez Wydziały powiatowe. Że podniesienie oświaty i stanu ekonomicznego ludności dużo wpływa na naprawę stosunków sanitarnych, o tem wiemy oddawna, i wiedzieli z pewnością o tem ci, którzy stawili wniosek w Sejmie o utworzenie okręgów sanitarnych; a mimo to, że oba te czynniki, oświata i dobrobyt, stoją u nas nizko, instytucyę tę utworzono.

Cóż więc? że dla oświaty kraj dużo działa, to ani słowa, tak samo i w kierunku podniesienia dobrobytu; ale że „nie od razu Kraków zbudowany“, więc czekać trzeba, aż z biegiem czasu, oba te czynniki będą mogły być dodatnim bodźcem do ulepszenia stosunków zdrowotnych. — Na razie trzeba robić to, co zaraz może być zrobionem. W pierwszym rzędzie zapewnić trzeba lekarzom okręgowym moc obowiązującą ich rozporządzeń, bez czego najlepsze ich usiłowania spełzną na niczem. Otóż w tym kierunku możnaby np. utworzyć sanitarne Rady powiatowe, mniej więcej na wzór c. k. szkolnych Rad okręgowych. Do takiej Rady, jako stali członkowie należeliby 1) c. k. starosta, jako przewodniczący, bez prawa stawiania wniosków samoistnych, i bez możliwości wywierania nacisku na członków; 2) c. k. lekarz powiatowy, jako główny referent Rady sanitarnej powiatowej; 3) wszyscy lekarze w powiecie, działający na polu podniesienia publicznej zdrowotności, a więc lekarze okręgowi, gminni, miejscy etc. Taka sanitarna Rada powiatowa, byłaby zwoływaną obowiązkowo raz na miesiąc, a w razach potrzeby, np. epidemii, nawet częściej. Uchwały, zapadłe większością głosów, miałyby moc obowiązującą i natychmiast musiałyby być w życie wprowadzone, a lekarze członkowie byliby odpowiedzialni za dopilnowanie wykonania uchwał, każdy w swojej miejscowości czy okręgu. Na najbliższem posiedzeniu Rady, każdy lekarz byłby obowiązany przedstawić, co i jak zrobiono; a jeżeli nie zrobiono, to z czyjej winy. Naczelnicy gmin zaś byliby obowiązani pod rygorem prawa, zastósować się do poleceń dotyczących lekarzy, wydanych zgodnie z uchwałami sanitarnej Rady powiatowej.

Dodać jeszcze potrzeba, że w razie gdyby przeprowadzono zmianę w tym kierunku, to przy teraźniejszej płacy lekarzy okręgowych na nie wiele by się to przydało. Bo z chwilą, kiedy zapewnionoby rozporządzeniom lekarzy okręgowych moc obowiązującą, musianoby ściśle wymagać przestrzegania ustawy. A jak teraz rzeczy stoją, to niemożebne. Bo za 40 a najwięcej 50 złr. miesięcznej płacy, bez żadnych widoków na lepszą przyszłość, wypełniać sumiennie te tysiączne wymagania, jakie ustawa nakłada, byłoby pracą Augiaszową, za dużą, pracą, którąby pochłaniała cały czas lekarza okręgowego, nie pozostawiając minuty na praktykę prywatną, bez której obecnie żaden lekarz okręgowy obejść się nie może, nie chcąc być biedakiem.

Kończąc, nasuwa mi się myśl, czyby nie było wskazanem, aby w sprawie tej, tak kraj nasz obchodzącej, Wydział krajowy wziął inicyatywę w zwołaniu zgromadzenia lekarzy okręgowych, lub przynajmniej starszych, na którem jawiliby się i referenci sanitarni krajowi i rządowi, aby tę sprawę dokładnie i zawodowo omówić i dojść do wniosków, któreby się stały podstawą niezbędnych zmian i ulepszeń.

Dr. T. Gwozdecki.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 27 Stycznia.

* Wczorajsze posiedzenie Towarz. lekar krak zagaił nowowybrany prezes, prof. Jakubowskie, przemówieniem, w którem rozwinął zasady, wypływające z haseł: pracy naukowej, jedności koleżeńskiej i powagi zawodowej.

Następnie 1) prof. Obaliński okazał i objaśnił użycie narzędzi Bottiniego, służących do przypalania gruczołu krokowego: 2) profesor Mars mówił o zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach, przyznaczonych do nauczania.

* Namiestnik zamianował lekarzy powiatowych: dr. Antoniego Slączkę w Krośnie i dr. Tadeusza Teodorowicza w Stanisławowie, lekarzami powiatowymi w IX klasie rangi.

* Prof. B. Wicherkiewicz otrzymał od rządu pozwolenie na otwarcie prywatnej kliniki okulistycznej w Krakowie.

* Namiestnik przeniósł lekarza powiatowego, Dr. Filipa Schmidta, z Horodenki do Myślenic, a asystenta sanitarnego, Dr. Tadeusza Milewskiego, ze Lwowa do Horodenki, przydzielając ich do służby przy tamtejszych starostwach.

* W celu upamiętnienia 50 letniego panowania cesarza Franciszka-Józefa postanowiła reprezentacya powiatu bóbreckiego wystawić w Bóbrce szpital powiatowy na 50 łóżek. Znakomita myśl i godna naśladowania.

* W dalszym ciągu otrzymali od W. Sejmu *veniam aetatis* następujący prowizoryczni lekarze szpitali prowincyonalnych: Dr. Zauderer w Brzeżanach, Dr. Konkolniak w Stanisławowie, Dr. Eckhardt w Tarnopolu i Dr. Jajus w Sokalu.

* Otrzymaliśmy 1 Nr. „Przeglądu farmaceutycznego“, nowego czasopisma, poświęconego aptekarstwu w obszernem słowa znaczeniu. Treść tego numeru, bogata w rozprawy naukowe, każe wnosić o poważnym kierunku wydawnictwa, któremu życzymy powodzenia.

* Wileńskie Towarzystwo lekarskie ukonstytuowało się na rok 1898, wybierając prezesem Dr. Hipolita Jundziłła, wiceprezesem Dr. Wojnicza, pierwszym sekretarzem Dr. Czarkowskiego, drugim Dr. Świeżyńskiego, bibliotekarzem Dr. Kiewlicza, konserwatorem Dr. Stepanowskiego, kasyerem Dr. Hłaskę.

* Ś. p. Dr. Michał Rosenzweig zapisał całą swoją bibliotekę Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu, oraz 1000 Rsr. na wsparcie dla wdów po lekarzach („Kuryer Warsz.“).

* Warszawskie Towarzystwo dobroczynności wybrało prof. Włodzimierza Brodowskiego swoim prezesem. Do składu zarządu, na 12 członków, z lekarzy weszli: Konrad Dobrski i Józef Wszebór.

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich w Uniw. Jagiell otrzymali: Franciszek Dubiszewski i Józef Gogól.

Nekrologia. Zmarli: w Warszawie: Dr. Karol Zagórski w 47-ym i Dr. Mikołaj Karo w 46 roku życia. W Łodzi zmarł Dr. Juliusz Gensz w wieku 59 lat.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Medycynie“ Nr. 4: Kosobudzkiego Sz.: Przypadek raka wargi dolnej, leczonego wyciągiem ziela jaskółczego. Dr. Bartoszewicza St.: Przypadek tyfusu brzusznego z wyjątkowo licznymi następczymi ropniami. W „Gazecie lekarskiej“ Nr. 4: Zaleskiego K.: Kilka uwag o zgorzeli płuc. Stankiewicza C.: Przyczynek do nauki o złośliwych nowotworach kosmówki. W „Kronice Lekarskiej (Zeszyt 2): Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Wróblewski A.: Zur Classification der Proteinstoffe. Berlin, 1898.

— Dr. Krokiewicz: Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu raka na podstawie materyału w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie w ciągu roku 1894, 1895 i 1896. Poznań, 1897.

— Tenże: Ein Beitrag zur Lehre vom runden Magengeschwür. Wiedeń. 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**